

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES & NÉOPLASIQUES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

DEUX PROCÉDÉS INÉDITS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE ET VAGINALE

LA CASTRATION TOTALE PAR LE VAGIN

PAR

E. DOYEN (de Reims)

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN SUPPLÉANT DES HÔPITAUX

EXTRAIT DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*
NUMÉRO DU 1er DÉCEMBRE 1892
2e Édition revue et augmentée

AVEC QUARANTE-SEPT FIGURES DANS LE TEXTE DONT VINGT-SIX EN COULEURS

PARIS
BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*
14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14



1893

PUBLICATIONS
DES
ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE
BUREAUX, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS.

AUDRY (Ch.). — Un nouveau procédé de Colostomie iliaque : Colostomie transpariétale. — Une brochure in-8° de 5 pages, avec 2 figures. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 20.

AUDRY (Ch.) et AUDRY (J.). — Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche avec examen de la pièce. — Brochure de 14 p., avec 3 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

BAUDOUIN (Marcel). — De la Chloroformisation a doses faibles et continues. [Travail couronné par l'*Académie de Médecine*. (Prix Alvarenga) et honoré d'une mention par l'*Académie des Sciences*) (Prix Babier), — Brochure de 88 p.. avec 3 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

BAUDOUIN (Marcel). — Un nouveau cas de Xiphopage vivant : Les sœurs *Radica-Doodica d'Orissa*. (Extrait des C. R. de l'*Académie des Sciences*, 1892). — Brochure in-4° de 4 pages. — Prix : 0 fr. 20. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 15.

BAUDOUIN (Marcel). — Les Excursions du Congrès de Pau dans les Basses et les Hautes Pyrénées. — (Extrait de la *Revue des Sciences Nat. de l'Ouest* et des C.R. de l'*Assoc. franc. pour l'avanc. des Sciences*), 1891. — Brochure de 20 pages avec 5 photogravures à la demi-teinte. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 50.

BOIFFIN (A.) — Du Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. — Une brochure in-8° de 32 pages, avec 4 belles photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. 75. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

BOLOGNESI (A.). — De la chloroformisation a doses faibles et continues dans la position declive a 45° — Brochure in-8° de 14 p., avec 5 fig. et 2 photo-grav. à la demi-teinte dans le texte. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

COIGNET (Ph.). — Traitement des fractures compliquées de la jambe. *De la résection immédiate des extrémités osseuses et résultats éloignés.* — Une brochure in-8° de 16 pages, avec 4 belles photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

CONDAMIN (B.). — De l'omphalectomie et de la suture a trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales (*Etude des indications et de quelques procédés opératoires récents*). — Une brochure in-8° de 28 pages, avec 7 figures. — Prix : 1 fr. 75. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

DAYOT (H.). — De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. — Brochure in-8° de 16 p., avec 1 fig. dans le texte. — Prix : 0 fr. 80. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 65.

DEFONTAINE (L.). — Extirpation du cancer de l'estomac : étude sur un cas de guérison. — Brochure de 16 p., avec 8 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

DEFONTAINE (L.). — Symphyse thoraco-brachiale et anti-brachiale. — Brochure de 9 p., avec 2 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 50.

DELAGENIÈRE (H.). — Statistique des operations pratiquées au Mans en 1891. Brochure de 12 p. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 40.

DELAGENIÈRE (H.). — Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture. (*Une observation*). — Une brochure in-8° de 10 pages, avec 4 figures. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos Abonnés 0 fr. 50.

DELAGENIÈRE (H.). — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère (*Une observation*). — Une brochure in-8° de 24 pages, avec 6 figures dout 2 photogravures à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. 75. — Pour nos Abonnés : 1 fr, 50.

DOYEN (E.). — Contribution a la chirurgie de l'estomac et de l'intestin : *12 observations personnelles de chirurgie stomacale et 20 cas d'entérotomie et d'entérectomie.* — Brochure très soignée, de 56 p., avec 29 fig. dont 8 en *couleurs*. — Prix : 3 fr. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

DOYEN (E.). — Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires : *Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues ; Cholédochectomie avec cholédochorrhaphie*, etc., etc. — Brochure de 30 p., avec 17 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

DOYEN (E.). — Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus. (*Deux procédés inédits d'Hystérectomie abdominale et vaginale; la castration totale par le vagin*). — 2e Edition *revue et complétée*. — Un beau volume in-8° de 125 pages avec 47 figures dans le texte, dont 26 en *couleurs* et 6 photogravures à la demi-teinte. — Prix : 5 fr. — Pour nos Abonnés : 3 fr. 50.

FERRIER (J.). — De la greffe dentaire. — Brochure in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 1 fr.

GANGOLPHE (M.). — Sur les tumeurs blanches consécutives a des tubercules des parties molles juxta-épiphysaires. — Brochure de 8 p. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 30.

GANGOLPHE (E.). — Étude sur les localisations osseuses hérédo-syphilitiques tardives (*Lésions des os longs, de la colonne vertébrale et du bassin*). — Brochure in-8° de 24 pages avec 10 figures dans le texte, dont *neuf* photogravures à la demi-teinte. — Prix : 2 fr. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES & NÉOPLASIQUES

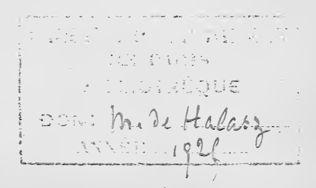
DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

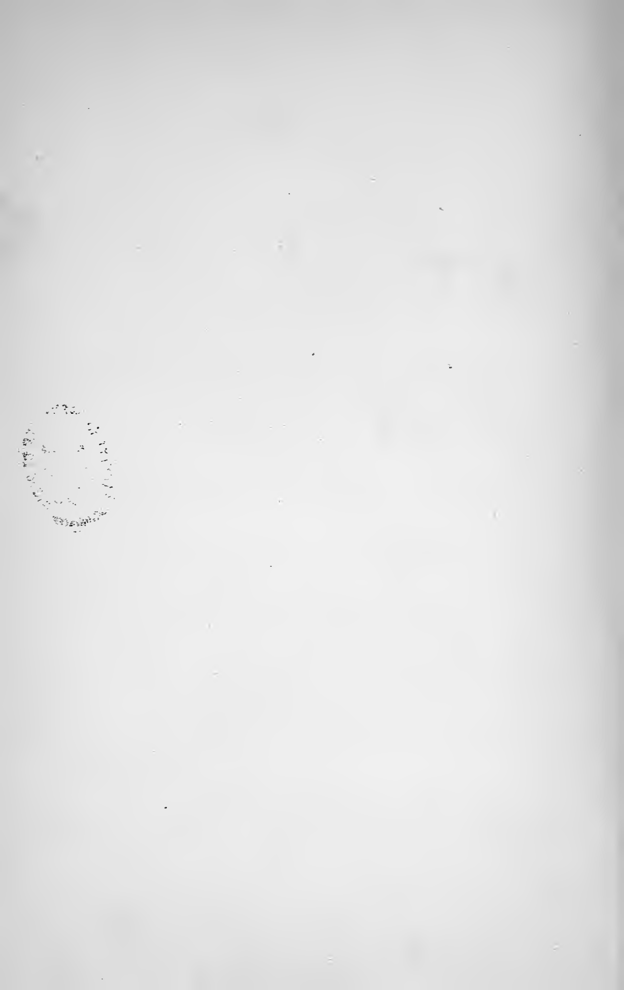
DEUX PROCÉDÉS INÉDITS

D'HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINALE ET VAGINALE

LA CASTRATION TOTALE PAR LE VAGIN





TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES & NÉOPLASIQUES

DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

DEUX PROCÉDÉS INÉDITS

D'HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINALE ET VAGINALE

LA CASTRATION TOTALE PAR LE VAGIN



PAR

E. DOYEN (de Reims)

PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN SUPPLÉANT DES HÔPITAUX

EXTRAIT DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*

NUMÉRO DU 1er DÉCEMBRE 1892

2e Édition revue et augmentée

AVEC QUARANTE-SEPT FIGURES DANS LE TEXTE DONT VINGT-SIX EN COULEURS

PARIS

BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*

14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

1893

DU MÊME AUTEUR

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Abcès péri-néphrétique tuberculeux, février 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 110.
Lymphadénome du testicule, mai 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 312.
Hernie ombilicale étranglée; obstruction au cours des matières dans l'intérieur du sac; gangrène de l'intestin et de la paroi cellulo-cutanée, juin 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 379.
Synovite fongueuse de la gaine palmaire de l'index droit, octobre 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 434.
Plaie de la main; lymphangite; abcès de la bourse olécrânienne; gonflement éléphantiasique des tissus du membre supérieur; nature tuberculeuse des lésions, octobre 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 436.
Kyste du ligament large, octobre 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 436 et 437.
Épithélioma cutané de la main; foyers épithéliomateux à distance, dans la gaine du nerf médian, octobre 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 442.
Tuberculose ancienne du poumon et des organes génitaux; ulcération de l'urèthre, infiltration d'urine; ulcération et atrésie de l'ampoule de Vater; tuberculose miliaire péritonéale aiguë. (Pièce déposée au Musée Civiale.) Octobre 1882. *Bull. Soc. Anat.*, p. 461.
Phlébite de la veine faciale, de la veine ophtalmique et des sinus de la dure-mère à la suite d'une simple érosion de la joue par un coup d'ongle, février 1884. *Bull. Soc. Anat.*, p. 131.
Cancer de l'estomac; ulcération et abcès du foie avec fusées vers la peau; méningite suppurée, février 1884. *Bull. Soc. Anat.*, p. 181.
Pachyméningite gauche; compression du cerveau; hémiplégie croisée, janvier 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 59.
Paralysie infantile ancienne : anat. pathol., janvier 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 60.
Anévrysme de l'artère coronaire antérieure à son origine, du volume d'une petite noix; calcification des parois, janvier 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 60.
Cancer infiltré de l'estomac (épaisseur de la paroi : 1 centimètre); **rétraction de l'organe**, février 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 98.
Pelvi-péritonite tuberculeuse d'origine utérine; tuberculose primitive du col utérin, février 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 99.
Cystite et néphrite ascendante, juin 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 309.
Dégénérescence épithéliomateuse de deux productions cornées. *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 197.

II. — BACTÉRIOLOGIE.

Recherches sur l'évolution du bacille-virgule du choléra asiatique (10 pages et figures), 19 juin 1885. *Bull. Soc. Anat.*, p. 311; et *Progrès médical*, 4 juillet 1885.
Inoculation du choléra aux cobayes, *Soc. de Biol.*, 27 juin 1885.
Note sur le choléra asiatique, 7 juillet 1885. *Acad. de médecine.*
Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique, 1885. *Archives de Physiologie.* (Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, médaille d'argent, thèse.)
Les microbes et les maladies infectieuses, 1886. *Union méd. du N.-E.*, p. 57.
Unité et identité des Streptocoques de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale. *Acad. Méd.*, 13 mars 1888.
La néphrite bactérienne ascendante, 23 août 1888, *Jal des Connaiss. méd.* p. 266.
Nouvelle méthode de coloration des bactéries, 1888. *Jal des Connaiss. méd.*, 8 novembre 1888, p. 354 : comm. à la *Soc. Anat.* du 12 octobre 1888.
Les bactéries de l'urine. *Acad. médec.*, 2 avril 1889, et *Jal des Connaiss. méd.*, 1889, p. 106.
Epidémie de Fièvre Typhoïde à Pontfaverger : Analyse chimique et bactériologique de sept échantillons d'eau, en collaboration avec Lajoux, 1890. *J. des Connaiss. méd.*, 27 février 1890, p. 66.
Des diverses espèces de suppuration au point de vue bactériologique et clinique, 1891. Comptes rendus du Ve *Congrès Fr. de Chir.* p. 270-294, 1891. Voir *Sem. méd.*, 8 avril 1891, p. 143.
L'Actinomycose en France (*3 observations personnelles*). *Congrès international d'Hygiène*, Londres, 17 août 1891; et *Sem. médicale*, 1891, p. 359.

III. — CHIRURGIE

Cure radicale des hernies, *Journal des Connais. méd.*, 1885, p. 50.

Extirpation totale de l'utérus, *Journal des Connaiss. méd.*, p. 17, 26, 35, 44, 1885.

Compte rendu du 14e Congrès Allemand de Chirurgie, *Journal des Connaiss. méd.*, 1885, p. 222, 230.

Étiologie du tétanos traumatique, IIe *Cong. français de Chirurgie*, p. 112, 1886.

Deux cas de néphrectomie lombaire, *Idem*, p. 172.

Résection orthopédique du tibia et du péroné, *Idem*, p. 233.

Arthrotomie du coude pour luxation irréductible; reproduction des mouvements, *Idem*, p. 320.

Observations d'étranglement interne et d'étranglement herniaire, *Union méd. du N.-E.*, 1886, p. 89 et 117.

Cholécystotomie. *Union méd. du N.-E.*, 1886, p. 197.

Hystérectomie vaginale, *Union méd. du N.-E.*, p. 218. 1887.

Ostéomyélite infectieuse, *Union méd. du N.-E.*, p. 220, 1887.

Néphrectomie, *Union méd. du N.-E.*, p. 45; 1887.

Sur l'hystérectomie vaginale. (*Présentation d'une nouvelle pince pour les ligaments larges.*) Comm. à la *Soc. de Chir. de Paris*, 9 mars 1887.

Quelques opérations d'ostéotomie juxta-épiphysaire et intra-articulaire. Comm. à la *Soc. de Chirurgie de Paris*, 30 mars 1887.

Quelques opérations de taille et de lithrotritie rapide. — (*Note sur la formation de calculs vésicaux et leur rapport avec les bactéries de la vessie.*) Comm. *Soc. de Chir. de Paris* 27 avril 1887.

Dix opérations de néphrectomie, de néphrolithotomie et de néphrorraphie. La réunion immédiate et le tamponnement de plaies, *Congrès pour l'Avancement des Sciences*, 13 août 1889, Paris et *Journal des Connaiss. méd.*, 22 août 1889, p. 266.

Kyste hydatique du foie; laparotomie, guérison, 1889, *Union méd. du N.-E.*, p. 265.

Quelques résultats de la méthode antiseptique. Statistique de 300 opérations. — *Congrès des Sociétés savantes*, 29 mai *1890*, An. in. *Journal des conn. méd.*, 1890, p. 182.

Surdité et tumeurs adénoïdes; résultats opératoires, *Congrès des Soc. sav*, 1890 et *Journal des Conn. méd.*, p. 182.

Kystes dermoïdes et kyste multiloculaire de l'ovaire; fibrome utérin à cavité purulente; hystérectomie, *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 196.

Rupture d'un sac herniaire, kélotomie et laparotomie, guérison, *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 198.

Grossesse extra-utérine péritonéale; opération, *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 226.

Fibrome utérin, laparotomie; Molluscum de la grande lèvre; Kyste hydatique du muscle droit de l'abdomen, *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 257.

Tumeur kystique de la mamelle, *Union méd. du N.-E.*, 1890, p. 257.

Kyste séreux du cerveau, Ve *Congrès de Chirurgie*; et An. in *Sem. méd.*, 1er avril 1891, p. 119.

Résultats éloignés de l'extirpation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques, 1891, *Compte rendu du* Ve *Congrès de Chirurgie*, p. 234-239, et An. in *Sem. méd.*, 4 avril, p. 131.

Deux cas d'actinomycose chez l'homme. Opération. Guérison. En collaboration avec le **Dr Roussel.** — *Compte rendu du* Ve*Congrès de Chirurgie*, p. 463, 1891; et An. in *Sem. méd.*, 4 avril, p. 135.

Contribution à la chirurgie de l'estomac et de l'intestin (*12 observations personnelles de chirurgie stomacale et 20 cas d'entérotomie et d'entérectomie*), 1892. *Archives prov. de Chirurgie*, juillet 1892; et tirage à part.

Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires (*Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues; cholédochectomie avec cholédochorrhaphie*, 1892). *Arch. prov. de Chirurgie*, août 1892; et tirage à part.

IV. — MÉDECINE.

Des altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, 1883, *Arch. gén. de méd.*, juin 1883, p. 679.

Étiologie et prophylaxie de l'éclampsie puerpérale, *J. des Connaiss. méd.*, février 1885, p. 65.

V. — DIVERS.

Le traitement antiseptique des plaies chirurgicales et le pansement à l'iodoforme dans les cliniques allemandes, 1884, *Revue de Chirurgie*, 1884, p. 46.

Discours de rentrée à l'École de médecine de Reims. *De l'enseignement de la médecine dans les Universités allemandes*, 1886, *Union méd. du N.-E.*, p. 257.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES & NÉOPLASIQUES

DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

DEUX PROCÉDÉS INÉDITS

D'HYSTÉRECTOMIE

ABDOMINALE ET VAGINALE

LA CASTRATION TOTALE PAR LE VAGIN

Les opérations que nous allons passer en revue se rapportent aux affections gynécologiqnes les plus diverses. Les unes ont trait aux *lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes;* les autres ont été pratiquées pour des *néoplasmes* de ces organes ou dans l'*état de grossesse.*

§ I. — Lésions inflammatoires péri-utérines.

Nous étudierons dans la 1re partie de ce mémoire les opérations pour lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, que nous envisagerons tout particulièrement au point de vue des *suppurations pelviennes.*

Cette question, mise à l'ordre du jour du premier *Congrès international de Gynécologie* (Bruxelles, septembre 1892), avait excité l'intérêt de nos devanciers, bien avant qu'on pût même soupçonner les ressources futures dc la chirurgie abdominale; et les publications d'Astruc (1770) et de Lieutaud (1776) ont exactement précédé d'un siècle les premières ablations d'annexes, faites par Hégar, Battey et Lawson-Tait (1872-1876).

L'historique de la question se trouvant fort incomplet dans les récents traités didactiques, nous croyons indispensable, avant de discuter les procédés opératoires, de faire un retour sur le passé et de revivre quelques instants au milieu des Lisfranc, des Nonat, des Bernutz et de leurs contemporains.

Nous signalerons ensuite les principales théories émises sur la pathogénie des inflammations péri-utérines ; et nous passerons en revue, dans un second paragraphe, l'histoire de la laparotomie et de l'hystérectomie appliquées au traitement de ces lésions.

I. Historique.

1° Histoire des inflammations péri-utérines jusqu'aux premières tentatives de guérison radicale par la laparotomie.

a) Premiers travaux. — Les recherches d'Astruc (1770) et de Lieutaud (1776) sur la propagation aux trompes et aux ovaires de l'inflammation de l'utérus furent à peu près contemporaines de la description de la phlébite par Hunter (1773) et de la lymphangite par Assalini (1787) et Sœmmering (1795), qui étendirent les premiers à la pathologie la belle découverte des vaisseaux blancs par Aselli (1622).

Gasc (1802), Laënnec (1804), paraissent avoir méconnu les travaux antérieurs sur l'inflammation des trompes ; ils ne s'attachèrent qu'à l'étude de la péritonite puerpérale. Breschet (1818-1819) fit connaître en France la phlébite (1), en traduisant les œuvres d'Hodgson. Davis (1823), Guthrie (1826), Dance (1828) et Lee (1829) tirèrent parti des notions acquises et démontrèrent que la phlegmatia alba dolens (2)

(1) On croyait, au temps d'Ambroise Paré, que les accidents observés au bras à la suite de la saignée étaient dus à la piqûre d'un nerf ou d'un tendon. Telle fut l'interprétation de la saignée malheureuse faite au roi Charles IX par Portail et que relate A. Paré. Hunter, le premier (1773) démontra qu'il s'agissait d'une inflammation de la membrane interne des veines, et ce fut Breschet qui inventa le nom de « phlébite ».

(2) La phlegmatia alba dolens a été mentionnée pour la première fois par Moricean (1721), qui attribua « l'enflure des jambes et des cuisses des nouvelles accouchées à un reflux des humeurs qui devraient être évacuées par la vidange », c'est-à-dire à la rétention des lochies. Puzos et Levret imaginèrent la théorie du « dépôt » ou de « l'engorgement laiteux ». R. White (1784) en fit la conséquence de « l'obstruction des lymphatiques du membre inférieur. » Sa conception était toute théorique et ne reposait sur aucune démonstration anatomique. L'expression de « phlegmatia alba dolens » est due à Hull (1800).

n'était qu'une phlébite crurale, ayant pour point de départ les sinus veineux de l'utérus.

Allard (1824), Andral (1824 et 1826), Gendrin (1829), Cuveilhier et Velpeau (1830-1836) donnèrent à leur tour une bonne description des lymphangites.

Nonat signala en 1832 la présence du pus dans les lymphatiques utérins à la suite de l'accouchement. Velpeau et Duplay firent en 1836 les mêmes constatations. Ces auteurs ne s'attachèrent toutefois, pour ce qui concerne la pathologie utérine, qu'aux grandes suppurations d'origine puerpérale.

Cruveilhier (1834) et Duplay (1836) rassemblèrent de nouveaux documents relatifs à la phlébite et la firent rentrer dans l'histoire générale de l'infection purulente. Tous deux, en observateurs d'élite, avaient étudié de pair la phlébite et la lymphangite puerpérale, et remarqué la fréquence plus grande de cette dernière. Aussi Chassaignac écrit-il en 1859 que Cruveilhier, en deux années de séjour à la Maternité, n'aurait constaté à l'autopsie, contre plus de 100 lymphangites utérines, que 7 ou 8 cas bien avérés de phlébite. Le grand mérite de Cruveilhier est d'avoir pressenti les doctrines microbiennes en faisant jouer dans la phlegmatia alba dolens le rôle principal à l'inflammation des parois veineuses.

Bouchut (1844) et Virchow (1854) firent un pas en arrière en considérant au contraire les caillots de la phlegmatia comme primitifs et en subordonnant à ces thromboses dites marastiques l'altération des parois vasculaires.

Baudelocque signala en 1830 la stérilité consécutive aux cas non mortels de pelvi-péritonite puerpérale. « On conçoit, dit-il, que les membranes de nouvelle formation, en faisant contracter aux trompes et aux ovaires des rapports vicieux, en les éloignant l'un de l'autre, en fermant l'orifice des trompes, deviennent un obstacle insurmontable à la fécondation. »

Walter (*De morbis peritonii*) avait déjà remarqué la fréquence des adhérences pelviennes et attribuait également à l'inflammation du péritoine qui entoure l'ovaire et à l'obstruction des trompes la stérilité des filles publiques.

Mercier (1838) fit les mêmes observations et insista sur la fré-

quence de l'origine blennorrhagique des lésions péri-utérines. Ces auteurs ont évidemment observé les diverses formes de salpingites et de pelvi-péritonites qui furent décrites plus tard.

Grisolle (1839) et Bourdon (1841) étudièrent « les abcès de la fosse iliaque » et « les tumeurs fluctuantes du petit bassin », sans mentionner les lésions des annexes.

La première interprétation clinique des indurations inflammatoires du petit bassin chez la femme appartient à Lisfranc (1843), qui crut devoir les attribuer à l'engorgement de l'utérus.

Lisfranc mentionne cependant les collections suppurées de l'ovaire, signale leur ouverture spontanée au niveau de la peau, et préconise, dans les cas où la tumeur paraît adhérente au péritoine pariétal, la ponction capillaire exploratrice, et, s'il y a lieu, l'incision directe au bistouri et le passage d'un séton.

Nonat (1850), Valleix (1853) et Gallard (1855) prétendirent que les indurations attribuées par Lisfranc à l'engorgement de l'utérus étaient distinctes de cet organe et les localisèrent dans le tissu-cellulaire péri-utérin.

Cette théorie faisait de nombreux adeptes, lorsque Bernutz et Goupil (1857) démontrèrent, en se basant sur les autopsies de 2 malades longtemps observées par Nonat, que les lésions étaient intra-péritonéales et que les masses indurées, perceptibles pendant la vie au toucher et au palper, se montraient, à la dissection, constituées par des fausses membranes intra-péritonéales réunissant dans une gangue indurée les viscères pelviens.

Ces auteurs ont parfaitement observé les lésions des annexes, et M. S. Pozzi fait erreur en écrivant dans son Traité de Gynécologie (2e édition, p. 674) que « Bernutz et Goupil, après une description remarquable des phénomènes cliniques que nous rapportons maintenant à l'inflammation des trompes, les avaient attribués, sans exception, à des inflammations du péritoine pelvien, à des *pelvi-péritonites*. » Il suffit en effet de se reporter à leur livre (1862, p. 20, p. 38 et suivantes) pour constater qu'ils décrivaient avec le plus grand soin, au cours de leurs autopsies de pelvi-péritonites, les lésions des annexes, et tout particulièrement l'état des trompes, dont « le pavillon était distendu par du pus verdâtre. » Ils prennent soin de noter également l'aspect de la muqueuse et donnent (p. 19) un excellent dessin de leur premier cas.

Dès le premier mémoire de Bernutz et Goupil (1857), Aran (1858),

ayant observé que le pus et les fausses membranes de la pelvi-péritonite s'amassaient toujours au voisinage des annexes enflammées, insista sur la fréquence des altérations phlegmasiques des trompes et des ovaires et leur subordonna les lésions péri-utérines.

Chassaignac (1859), dans son traité magistral, décrivit, après les phlegmons de la fosse iliaque, les suppurations de l'ovaire et de la trompe dans toutes leurs variétés. Il mentionne la formation des adhérences pariétales, l'ouverture des foyers dans l'utérus, la vessie, le vagin, l'intestin, le péritoine, et les accidents consécutifs. Il recommande l'incision des foyers, dès qu'ils font une saillie appréciable, et l'emploi, soit d'un drain en Y, soit d'un drain en anse, passé par une contre-ouverture avec l'aide de son trocart courbe.

Chassaignac put ainsi dans certains cas conduire la canule de son trocart, au travers d'un vaste foyer suppuré, du fond du vagin jusqu'au contact de la paroi abdominale antérieure, perforer cette dernière et passer un drain de la région sous-ombilicale au cul-de-sac postérieur du vagin.

Siredey (1860) s'attacha tout particulièrement à la description de l'ovarite. Gallard (1869) le suivit dans cette voie.

Parmi les travaux plus récents, mais encore antérieurs aux premières opérations de castration tubo-ovarienne pour lésions inflammatoires de ces organes, nous devons citer la thèse de Leteinturier (1872) qui mentionne 15 cas de mort par péritonite suraiguë après de simples opérations sur le col utérin ; le mémoire de Lorain (1873), qui relate nombre de morts rapides survenues chez des femmes atteintes de lésions péri-utérines à la suite de simples injections vaginales, après le cathétérisme utérin, l'ablation d'un polype, etc., etc.; et enfin la thèse de Seuvre (1874), qui fut inspirée par la lecture du livre de Bernutz et Goupil (1862).

Ce travail, basé en grande partie sur l'anatomie pathologique, est aujourd'hui, plus que jamais, plein d'actualité et demeure l'un des meilleurs plaidoyers en faveur de l'intervention chirurgicale. Après une description détaillée des différentes variétés de salpingite, l'auteur s'attache en effet à démontrer la fréquence des complications mortelles de l'inflammation des trompes. Il cite ensuite les observations de Leteinturier et de Lorain, et les enrichit de 37 cas inédits, comprenant : 1° 8 observ. de salpingites purulentes suivies de mort par

péritonite ; 2° 12 observ. de péritonites mortelles à la suite d'injections vaginales ou d'opérations pratiquées sur l'utérus, les trompes malades ayant déversé du pus dans le péritoine; 3° 9 observ. de mort par suite de rupture d'un abcès de la trompe ; 4° 8 observ. de mort à la suite d'hémorrhagies et de rétention sanguine dans les trompes enflammées ou obturées.

b) Pathogénie des inflammations péri-utérines. — Le rôle des lymphatiques dans la pathogénie des lésions péri-utérines, après un long oubli, venait d'être remis en lumière par Lucas-Championnière (1870), tant dans l'état puerpéral que dans l'état de vacuité de l'utérus.

Lucas-Championnière décrivit la disposition des réseaux lymphatiques superficiels et profonds de l'utérus et des annexes et démontra qu'on les avait souvent confondus avec les veines, lorsque l'on attribuait à celles-ci un rôle prédominant dans les inflammations péri-utérines. Il signale la présence, sur les côtés et en arrière du col de l'utérus, d'un ganglion lymphatique, et d'autres plus nombreux disséminés jusqu'au contact des parois pelviennes.

Alph. Guérin (1878) fit à son tour jouer à un autre ganglion, décrit antérieurement par Cruveilhier et situé au voisinage du trou obturateur, le rôle principal dans la production des phlegmons qu'il dénomma « juxta-pubiens ». Ces doctrines furent vivement combattues.

Sappey prétendit contradictoirement que le ganglion de Guérin n'existait pas, et que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus se rendaient « dans des ganglions situés au voisinage de l'artère iliaque primitive et dans les ganglions lombaires. » Les lymphatiques de la muqueuse, ajoute-t-il, se rendent parfois dans un petit ganglion, non constant, près de l'insertion du vagin sur le col.

P. Poirier (1889-1890) a étudié avec le plus grand soin les lymphatiques des organes génitaux de la femme; nous le citerons longuement, afin d'éclairer, s'il est possible, cette polémique si confuse.

« Les lymphatiques de la vulve se rendent, d'après Poirier, aux ganglions
« inguinaux. Ceux de la partie moyenne du vagin suivent l'artère vaginale et
« aboutissent au ganglion inférieur du plexus iliaque, situé à l'origine même
« de cette artère. Exceptionnellement, on trouve sur leur trajet, au niveau de

« la cloison recto-vaginale, un petit ganglion. Les lymphatiques de la partie « supérieure du vagin et ceux du col utérin cheminent le long de l'artère utérine, « passent avec elle en arrière de l'uretère et suivent le bord inférieur ou « périnéal du ligament large pour gagner ensuite son bord latéral ou pelvien « et aboutir aux ganglions iliaques, dont le plus élevé est situé au niveau du « détroit supérieur, dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive.

« Les autres, moins volumineux, sont placés dans la cavité pelvienne, le long « de l'artère hypogastrique, au niveau du bord externe du ligament large. Le « ganglion qui reçoit les lymphatiques de la partie moyenne du vagin et qui « est situé à l'origine de la vaginale au milieu du bouquet des branches de « l'hypogastrique forme la limite inférieure de ce groupe. »

« La distance des bords de l'utérus aux parois pelviennes variant de 3 à « 5 centimètres, un de ces ganglions hypertrophié peut, nous dit Poirier, « se trouver presque au contact de l'utérus, comme l'ont observé nombre de « chirurgiens.

« Il n'existe de ganglion, ni au *niveau du trou sous-pubien* (A. Guérin), « ni *sur le côté et en arrière du col, au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral* « (Lucas-Championnière).

« Le ganglion le plus rapproché du trou sous-pubien est situé à 15 à 20 mill. « en arrière, le long de la veine iliaque externe; un autre ganglion est ordi- « nairement le long des vaisseaux obturateurs, à 3 cent. en arrière du trou « sous-pubien. Ces ganglions sont situés dans la cavité même du bassin, près « de son bord supérieur, en contact avec la face postérieure du pubis, mais « ne reçoivent de troncs lymphatiques que de la cuisse. Il est vrai qu'ils « peuvent suppurer en même temps que les ganglions utérins, qui leur sont « reliés par un plexus anastomotique d'une extrême richesse.

« Sur les côtés du col, il existe, non pas un ganglion, mais un plexus « lymphatique constant, susceptible de s'enflammer et de s'épaissir. » (Voir *Fig.* 1.)

Les recherches de Guérin et de Lucas-Championnière étant basées surtout sur l'anatomie pathologique, nous croyons que la constatation par Poirier de ganglions pelviens situés à 15 à 20 millimètres du trou sous-pubien et en rapport avec le système lymphatique utérin, et d'un peloton lymphatique constant sur les côtés du col, auxquels nous devons ajouter le ganglion admis par Sappey au voisinage de l'insertion du vagin sur le col et ceux observés « 3 fois sur une trentaine de cas » par Poirier, le long des lymphatiques de la partie moyenne du vagin, tout près de leur origine, au niveau de la cloison recto-vaginale, confirme, plutôt qu'elle ne taxe « d'erreur anatomique », les recherches de ces maîtres.

Il nous est arrivé, au cours d'une hystérectomie vaginale pour cancer, de rencontrer, en faisant la toilette de la plaie vaginale, deux ganglions presque médians, gros comme des haricots et situés au niveau de la portion sus-vaginale du col. Ce sont les ganglions mentionnés plus haut.

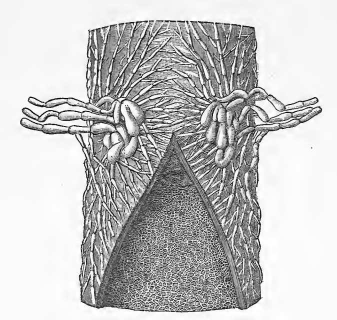


Fig. 1. — Plexus lymphatique du col utérin. — Disposition normale dans un utérus d'enfant. (D'après un dessin de M. Poirier).

« Les lymphatiques du corps de l'utérus, ajoute Poirier, convergent vers les « cornes de l'organe pour former deux à trois troncs volumineux, qui s'engagent « avec les vaisseaux utéro-ovariens dans le bord supérieur du ligament large et « cheminent tout près de l'ovaire et assez loin de la trompe, au fond du « sillon formé par l'aileron moyen et le postérieur.

« Ils reçoivent de la trompe deux ou trois troncs lymphatiques inclus dans « l'aileron tubaire. »

P. Poirier figure (*Progr. méd.*, 1889, p. 510 et p. 527; voir *Fig. 2*), cette disposition et indique avec clarté l'arcade anastomotique des lymphatiques de la trompe.

« Les troncs lymphatiques volumineux qui viennent de l'ovaire s'accollent « aux vaissseaux efférents de l'utérus et ne s'anastomosent avec eux qu'au

« niveau de la 5e vertèbre lombaire. Tous ces vaisseaux se rendent aux ganglions « lombaires, situés au niveau du bord inférieur du rein, au-devant de la veine « cave et de l'aorte. Quelques lymphatiques de l'utérus se rendent également « en suivant le ligament rond dans les ganglions inguinaux, dont l'engorge- « ment n'est pas rare au cours de certaines affections utérines (1).

« Les groupes lombaires et iliaques sont réunis par une chaîne non inter- « rompue de ganglions unis par de nombreux plexus, et situés le long de « l'aorte et de l'iliaque primitive.

« Les deux groupes de lymphatiques utérins, le supérieur et l'inférieur, sont « unis par de nombreuses anastomoses intra-utérines, mais surtout par un gros « tronc flexueux, qui suit, sur les parties latérales du corps de l'utérus, le « trajet de l'artère utérine (Fig. 129, pag. 510). » (*Progrès médical.*)

P. Poirier admet anatomiquement la circulation lymphatique rétrograde si bien démontrée par les faits cliniques (Voir *Fig. 2*).

L'un des points les plus originaux de ces recherches est la description du riche réseau lymphatique du revêtement séreux de l'utérus.

« Ce réseau séreux — qu'il a le premier décrit — communique avec les « troncs sous-séreux. Il est sous-jacent à l'endothélium péritonéal. Ce réseau « est l'origine des néoformations lymphatiques dont sont sillonnées les adhé- « rences pelviennes pathologiques, qui, après injection au mercure, sont de « véritables tapis métalliques ».

Ces détails sont des plus importants pour éclaircir l'histoire des inflammations péri-utérines. Nous y reviendrons à propos de l'infection par voie lymphatique de la trompe et de l'ovaire.

1° *Phlegmon du ligament large.* — P. Poirier conclut de ses recherches qu'il n'y a pas, à proprement parler, de « phlegmon du ligament large », le ligament large ne contenant pas de lymphatiques. Or, n'a-t-il pas décrit les troncs qui longent ses bords supérieur et inférieur, l'anastomose latéro-utérine qui les unit, le groupe de ganglions iliaques situé dans son bord externe? Le bord latéral de l'utérus n'est-il pas compris entre les feuillets du ligament large?

Il n'est pas besoin que le phlegmon prenne son point de départ au centre même du ligament large pour conserver sa dénomination, si vraie au point de vue clinique. Il nous suffit que la suppuration se

(1) Nous avons même noté, comme preuve de l'infection rétrograde des ganglions lymphatiques, la fréquence de l'adénite inguinale cancéreuse dans les cas de néoplasmes du pylore.

produise dans le « bord externe du ligament large », comme l'admet Poirier, et l'envahisse dans une étendue variable, pour que nous croyions inutile de vouloir tenter avec lui de réformer à force de subtilités anatomiques les données de la pathologie et de la clinique.

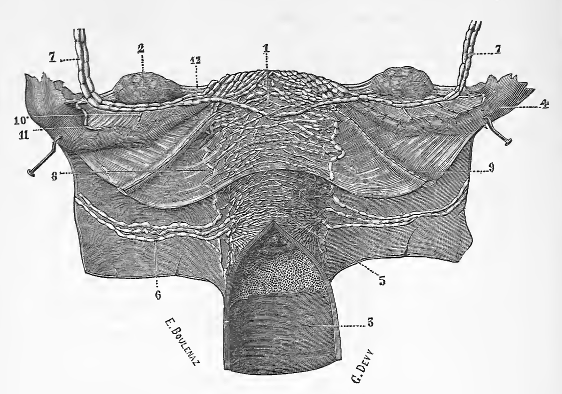


Fig. 2. — Vaisseaux lymphatiques de l'utérus. — 1, Lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus ; 2, Ovaire ; 3, Vagin ; 4, Trompe ; 5, Lymphatiques venant du col utérin ; 6, Vaisseaux lymphatiques venant du col utérin et se rendant aux ganglions iliaques ; 7, Vaisseaux lymphatiques venant du corps et du fond de l'utérus et se rendant aux ganglions lombaires ; 8, Grande anastomose unissant les vaisseaux du col et du corps utérin ; 9, Petit vaisseau lymphatique situé dans le ligament rond et se rendant aux ganglions inguinaux ; 9, 10, 11, Vaisseaux lymphatiques de la trompe, allant se jeter dans les gros vaisseaux lymphatiques nés du corps utérin ; 12, Ligament de l'ovaire. (D'après un dessin de M. Poirier).

L'*adéno-phlegmon juxta-pubien* de Guérin est également, à notre avis, une forme clinique bien distincte de suppuration pelvienne, et Poirier nous a dit lui-même qu'il existait à 15 ou 20 millimètres du trou sous-pubien des ganglions largement anastomosés avec les ganglions voisins qui reçoivent les lymphatiques de l'utérus, et que ces ganglions étaient susceptibles de s'enflammer simultanément.

Il était bien donc permis à A. Guérin de donner le nom de ganglions

sous-pubiens à ces ganglions, qui sont situés si près du trou obturateur et reçoivent les lymphatiques qui le traversent.

2° *Ovarites et salpingites; pelvipéritonites.* — La pathogénie des salpingites et des ovarites suppurées a donné lieu également à bien des controverses. Y a t-il propagation *de proche en proche*, jusqu'à la muqueuse tubaire, d'une inflammation partie de la muqueuse vagino-utérine, ou bien s'agit-il toujours d'une infection par la voie lymphatique?

Terrier, Terrillon, Quénu, Trélat, Routier se sont ralliés à la première opinion, et leurs arguments, nous dit Poirier, « n'ont point en-« trainé les convictions de Lucas-Championnière, qui persiste à trouver « enfantine une théorie qui repose cependant sur l'observation et « l'anatomie vraie, pour la remplacer par une autre basée sur des « erreurs anatomiques. »

Ce jugement est bien rigoureux, car, à part des divergences de siège, de *quelques millimètres*, le seul point anatomique précis sur lequel Lucas-Championnière et Poirier sont réellement en désaccord, c'est « l'abouchement à plein canal » des lymphatiques utérins et ovariens au-dessous de l'ovaire, Poirier ayant démontré que cette anastomose ne se faisait qu'au niveau de la cinquième lombaire. Mais sa description des lymphatiques sous-séreux, auxquels il se complaît à faire jouer un rôle si important qu'il « considère (*Pr. méd.*, 1890, page 41, n° 3) « qu'une inflammation intra-utérine ne peut pas survenir sans que le « péritoine utérin y prenne une part quelconque, grosse ou petite », nous semble de nature à tout concilier ; et l'auteur se contredit lui-même quand il traite plus loin « d'enfantine » la théorie lymphatique, qu'il vient de soutenir si ardemment, pour admettre comme seule véridique celle de la « propagation de muqueuse à muqueuse. »

C'est d'ailleurs à tort, selon nous, que les partisans exclusifs de cette dernière théorie, tels que Pozzi, — bien que ce dernier admette avec Poirier l'origine lymphatique possible d'une salpingite par les réseaux séreux sous-endothéliaux,— attribuent à Aran la théorie de la propagation muqueuse, et que Segond (*Traité de Chirurgie*) cite cette même opinion comme exclusivement admise par Schrœder.

En effet, Aran, en démontrant que l'inflammation des annexes était le point de départ habituel de la pelvi-péritonite, et Schrœder, en écrivant (page 370) que « la salpingite est le plus souvent due à la propa-« gation d'une endométrite et que ce sont les processus infectieux « qui paraissent se transmettre de préférence de la muqueuse utérine « aux oviductes », ne spécifient pas par quelle voie se propage l'inflammation de la muqueuse utérine.

Nous pouvons même ajouter que Poirier (page 41, 1890) devient trop large en faveur de la théorie lymphatique, quand il admet comme possible l'origine lymphatique exclusive de la péri-métrite, en dehors de toute altération primitive des annexes, et nous enregistrons son assertion d'autant plus volontiers qu'elle prouve l'inanité du nouveau terme *péri-métro-salpingite*, inventé bien gratuitement par S. Pozzi pour remplacer les termes si explicites de *péri-métrite* et de *pelvi-péritonite*. La constatation par Seuvre (*loco citato*), au cours de ses autopsies d'abcès lymphangitiques de la trompe, nettement interstitiels et sans communication avec le conduit tubaire, est une preuve de l'origine lymphatique de certaines salpingites suppurées.

Le rôle du système veineux dans la pathogénie des inflammations péri-utérines semble donc entièrement effacé et la phlébite des sinus utérins n'est en rapport direct qu'avec la phlegmatia alba dolens, dont l'origine bactérienne a été démontrée par Doléris (1880) (qui figura dans sa thèse une veine dont les parois et le caillot étaient infiltrés de bactéries) ; soutenue par Siredey (1884) ; par Delore et Poullet (*Dictionn. des sciences médicales*), et confirmée par nos recherches et et celles de notre ami Widal (1887-1888) (présence de streptocoques dans les caillots des sinus utérins et des veines thrombosées).

Seules restent en cause la lymphangite et la propagation de muqueuse à muqueuse.

Nous avons examiné avec soin, dans le but d'élucider la question, une pièce récente : métrite interne blennorrhagique d'ancienne date avec salpingite catarrhale à droite, salpingite purulente à gauche. Les pièces furent enlevées par l'hystérectomie vaginale. La trompe droite était d'aspect presque normal (*Fig.* 3) ; la gauche, du volume du doigt dès la corne utérine, aboutissait à un kyste purulent du volume du poing, à parois épaisses, et fermé en partie par la paroi pelvienne. Le conduit tubaire, intact à droite, n'était pas dilaté dans le quart interne de la trompe gauche. Nous avons pratiqué des coupes en divers points (*Fig.* 4, 5 et 6).

A l'origine du kyste purulent tubaire, l'altération des parois est évidente sur toute leur épaisseur. Les replis de la muqueuse sont infiltrés de pus et bourgeonnants. Toutefois l'épithélium est intact en bien des points. Tout près de l'utérus, le revêtement épithélial de la muqueuse tubaire n'est pas altéré ; mais le chorion est infiltré de petites cellules rondes et toute l'épaisseur de la trompe se trouve manifestement enflammée. La coupe qui porte sur le segment intra-utérin montre les mêmes détails, en ce qui concerne la muqueuse tubaire. De plus on reconnaît çà et là, en son voisinage,

des culs-de-sac de glandes utérines, revêtus de leur épithélium, mais dilatés et remplis de pus. A droite, l'épithélium de la muqueuse tubaire est intact et il n'existe pas de lésions sous-jacentes.

Quelle est la signification de cette intégrité de l'épithélium tubaire, dans le segment interne de la trompe malade tout au moins? L'inflammation est-elle exclusivement sous-muqueuse et interstitielle, ou bien a-t-elle eu pour point de départ la surface épithéliale. L'intégrité de l'épithélium ne prouve aucunement, d'après M. le Pr Cornil, que l'inflammation n'ait pas eu pour point de départ la pénétration du pus dans la trompe. En effet, le pus peut avoir traversé, sans l'irriter notablement, le segment interne, pour déterminer une inflammation intense au voisinage du pavillon, et, d'autre part, la présence de bactéries pyogènes dans une cavité muqueuse peut provoquer l'apparition du pus à la surface de cette dernière et l'infiltration simultanée du chorion par de petites cellules rondes, sans qu'on observe la chute de l'épithélium. M. Cornil a observé ces particularités en examinant au microscope le rectum du chat, irrité expérimentalement par l'injection d'une solution concentrée de nitrate-d'argent. Nous avons nous-même remarqué, dans la néphrite ascendante, des lésions interstitielles intenses au niveau de tubuli dont l'épithélium était presque intact.

Les détails que nous venons de mentionner, et l'importance extrême des réseaux lymphatiques muqueux, interstitiels, et séreux de l'utérus et de la trompe nous donnent à penser que, dans tous les cas ou peu s'en faut, l'inflammation se propage simultanément par la voie muqueuse et la voie lymphatique, avec prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre.

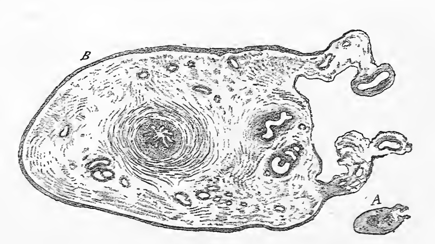


Fig. 3. — Coupe de la trompe droite près de l'utérus. Intégrité de la muqueuse. — *Légende :* A, grandeur naturelle; B, coupe grossie : muqueuse revêtue de son épithélium parfaitement intact.

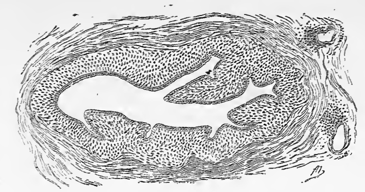


Fig. 4. — Coupe de la trompe gauche : segment intra-utérin. Intégrité de la muqueuse et de l'épithélium. Lésions péri-vasculaires.

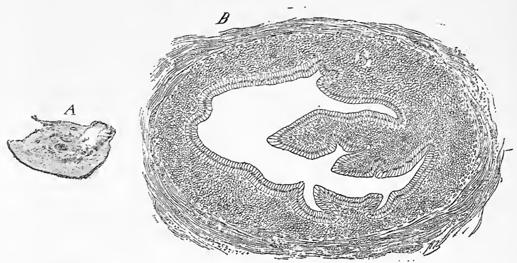


Fig. 5. — Même trompe. Coupe à 15mm de la corne utérine. — *Légende :* A, grandeur naturelle ; B, coupe grossie, muqueuse et son épithélium. Infiltration du chorion par de petites cellules rondes. Lymphangite interstitielle.

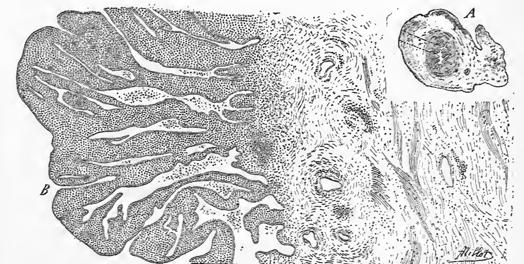


Fig. 6. — Trompe gauche. Origine du kyste purulent. Replis de la muqueuse ayant en grande partie conservé leur épithélium. Infiltration purulente sous-épithéliale. Lésions interstitielles dans toutes l'épaisseur des parois. Bourgeonnements inflammatoires intra-vasculaires. Altération des réseaux lymphatiques séreux.

2° LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES.

Si nous exceptons, comme n'étant que de simples opérations palliatives, l'incision directe des tumeurs pelviennes suppurées et l'emploi du séton, préconisés par Lisfranc, et l'application d'un drain en anse, imaginée par Chassaignac, le traitement chirurgical des lésions inflamatoires péri-utérines date de 20 ans à peine.

En effet, l'opération de l'ovariotomie, pratiquée pour la première fois avec succès par Mac Dowel dans le Kentucky en 1809, était depuis longtemps vulgarisée pour les kystes et autres néoplasmes, lorsque Hégar (27 juillet 1872) et Battey (17 août 1872) pratiquèrent les premiers l'ablation des ovaires normaux. Leur but était d'amener une ménopause anticipée et de remédier ainsi à des cas de dysménorrhée et de névralgie de l'ovaire. Hégar perdit sa malade et ne fit sa 2e opération qu'en 1876, longtemps après que Battey avait vulgarisé sa pratique.

L'*ablation unilatérale* de l'ovaire, faite par Lawson-Tait le 11 février 1872 pour remédier à des douleurs pelviennes compliquées de réflexes nerveux, semble se rapporter à un kyste dermoïde de très petit volume. « La tumeur, non adhérente et grosse comme un œuf de pigeon, contenait une matière épaisse et grumeleuse. » L'absence de dents et de cheveux n'est pas à notre avis une raison suffisante pour permettre de conclure *ultérieurement* qu'il s'agissait d'un abcès enkysté ; et, même en admettant cette hypothèse, ce ne serait pas là l'opération de Battey et d'Hégar, qui avaient fait l'ablation bi-latérale des ovaires normaux dans le but de supprimer la fonction menstruelle.

Lawson-Tait fait remonter au premier août 1872 sa 1re castration pour fibro-myome. Cette opération toutefois demeura isolée, puisqu'il ne la répéta que 1 fois en 1873, 2 fois en 1879, pour atteindre, à la fin de 1880, le chiffre total de 15, en mars 1883 celui de 50, et en 1891 celui de 265 (5e *Congrès Fr. de Chir.*, p. 164). Les opérations de Lawson-Tait n'étaient pas encore publiées, lorsqu'en 1876 Trenholme et Hégar firent à leur tour l'ablation des ovaires dans les cas de métrorrhagies dues à des fibro-myomes. Hégar (1878) conseilla le premier, afin de ne pas risquer de laisser dans le ventre une partie de l'ovaire, de comprendre dans le pédicule un fragment plus ou moins long de la trompe et dit avoir enlevé de propos délibéré, le 18 nov. 1877, un hydro-salpinx contenant un litre de liquide. En 1880, il avait pratiqué 50 ablations d'annexes pour lésions variées.

Martin fit en nov. 1877 sa 1re salpingectomie, et en février 1887 le même chirurgien comptait 77 ablations d'annexes dont 45 unilatérales.

Mais personne autant que Lawson-Tait n'avait insisté sur l'importance de l'ablation simultanée des trompes et des ovaires. Il avait en effet remarqué la persistance possible des métrorrhagies après l'ablation bilatérale des ovaires et démontré le premier, en enlevant simultanément les trompes dans toutes ses opérations, l'importance de ces dernières au point de vue de la fonction menstruelle. Lawson-Tait est donc sans contredit le chirurgien qui a le plus contribué à étendre et à vulgariser les indications de la castration tubo-ovarienne. Hégar se montrait plus réservé, et tout en admettant la possibilité de résultats durables dans des cas où les lésions étaient insignifiantes, il cherchait à restreindre les indications de l'opération aux cas où il existait une altération grave des trompes ou des ovaires, « *pouvant mettre la vie en jeu, et amener la mort dans un court espace de temps, au bien capable de produire une infirmité de longue durée, enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie.* » On ne pouvait mieux formuler les indications de l'ablation des annexes.

Lawson-Tait n'a pas pratiqué de prime abord l'extirpation des poches pelviennes adhérentes, et, dans ses 6 premières opérations de laparotomie pour suppurations pelviennes, faites de 1878 à 1883, une de ses interventions n'est qu'une simple ouverture d'abcès par l'incision médiane, la poche s'étant trouvée adhérente à la paroi abdominale antérieure ; dans les 5 autres cas, la poche fut suturée à la paroi et drainée par cette voie.

En France, c'est à peine si Koeberlé (1878) mentionne les opérations de Battey, d'Hégar et de Trenholme, et ce n'est pas sans étonnement que nous voyons ce grand laparotomiste décrire, dans le *Dictionnaire de médecine et de chir. prat.*, l'ovarite simple et suppurée avec leurs complications, sans proposer la moindre intervention chirurgicale.

Aussi l'opération de Battey ne fut elle pratiquée à Paris pour la première fois qu'en 1882 par Péan, qui fit trois de ces opérations la même année, une seule en 1883, et 3 en 1884. Sur ces 7 cas il n'enleva une fois qu'un ovaire (3 mars 1882) (Spencer Wells dut enlever l'autre 6 mois après) et 6 malades sur 7 présentaient de nombreuses adhérences péri-utérines.

Lucas-Championnière au service duquel nous avions l'honneur d'être attaché comme interne (1882) faisait à la même époque l'opération de Battey, et la considérait comme plus grave que l'ovariotomie pour tumeurs kystiques.

En 1885, Péan fit 3 nouvelles ablations d'annexes par la laparotomie. L'année suivante, il revit une de ses opérées de castration bilatérale du 25 mars 1882, à laquelle on avait fait également, quelques

années auparavant, l'amputation du col utérin ; cette malade souffrait de crises douloureuses plus intenses que jamais. L'utérus était resté douloureux, enflammé, et se trouvait retenu en rétroversion par des adhérences pelviennes. Péan, « sur la demande formelle du médecin, de la malade et de la famille, » pratiqua l'hystérectomie vaginale (16 février 1886). Le 8 mars suivant, il enleva, par l'incision du cul-de-sac de Douglas, un ovaire procident, gros comme une mandarine. En juillet, il fit une castration bilatérale par la laparotomie, et, quelques mois après, deux opérations par le vagin : une simple ablation d'annexes, des deux côtés cette fois, et une seconde hystérectomie vaginale (nov. 1886; voir *Cliniques*, T. VII, p. 833).

Il avait été engagé à cette 2e opération par son succès du 16 février, et fit l'ablation de l'utérus seul, « les annexes étant saines ». Il n'est pas mentionné de tentative de morcellement. Le col fut isolé, en avant et en arrière, et détaché de la partie inférieure des ligaments larges après l'application préalable de pinces à demeure. Péan fit alors basculer l'utérus en arrière et l'excisa. Dans sa deuxième opération, il note ainsi le manuel opératoire : « Incision circulaire et dissection du col, ouverture des culs-de-sac péritonéaux, pincement des ligaments larges, excision de l'utérus, ligature des ligaments larges, fermeture de la plaie péritonéo-vaginale avec 4 anses métalliques .» Le 8 novembre 1887, Péan fit une nouvelle castration utérine chez une femme à laquelle il avait successivement enlevé les deux ovaires atteints de kyste dermoïde et multiloculaire le 14 avril 1885 et le 10 août 1886.

Le 12 décembre, il opéra par le vagin un cas d'endométrite compliquée de salpingite, de pelvi-péritonite, et de kystes suppurés des 2 ovaires : l'utérus volumineux, enflammé, douloureux, était immobilisé au milieu de tumeurs demi-liquides, prises par d'autres médecins pour des kystes tubaires, et pour lesquels on avait proposé la laparotomie. Péan réconnut, outre l'endométrite et les salpingites concomitantes, un kyste de l'ovaire gauche, enflammé, remontant jusqu'à l'ombilic, et fit l'ovario-hystérectomie vaginale. Il pratiqua l'ablation de l'utérus à l'aide de la section bilatérale du col et du corps, fit basculer le fond de l'utérus et l'enleva grâce à l'application de 15 pinces à demeure. Voyant alors que les deux ovaires étaient kystiques, et reliés aux organes voisins par des adhérences générales, il les ponctionna, les isola avec le doigt, et les excisa avec les trompes, en appliquant sur leur pédicule 3 nouvelles pinces. Les ovaires contenaient, le gauche « 2 verres, le droit, 5 verres de pus ».

Le 20 décembre suivant, Péan opéra par la même voie une femme atteinte de métrite interne, de salpingite, et d'un kyste ovarique gauche ouvert dans le rectum. Péan fit l'excision du col parce qu'il

était trop friable, et, après avoir, grâce à l'application de 10 pinces à demeure, enlevé l'utérus, il reconnut l'ovaire gauche kystique et les trompes au milieu d'adhérences générales : la tumeur ovarienne fut ponctionnée et il s'écoula d'une première loge un verre de liquide séreux ; cette ouverture étant agrandie avec une longue pince, Péan aperçut une deuxième loge, qui donna à la ponction 1/2 litre de pus mêlé de matières fécaloïdes et de gaz ; il extrait ensuite 1 litre de liquide crémeux, exprime les trompes, qui contiennent chacune 1/2 verre de pus, et les laisse en place, ainsi que l'ovaire droit, en prenant le soin de réséquer, sans rompre les adhérences supérieures, les lambeaux du kyste ovarien suppuré, et de suturer à la plaie vagino-péritonéale ce qui en est conservé.

Ces deux premières opérations se rapportent, comme le dit Péan lui-même, à des kystes de l'ovaire suppurés, c'est-à-dire à ces suppurations pelviennes que nous considérons comme *secondaires* à des affections néoplasiques, et non pas à des ovaro-salpingites.

Péan n'appliqua la castration utérine au traitement des suppurations peri-utérines *primitives* (ovarite, salpingite, pelvi-péritonite) que le 6 mars 1888. Il répéta cette opération le 2 juin et le 30 août de la même année. Son opération du 12 juin se rapporte encore à une suppuration pelvienne secondaire. Il s'agissait d'un kyste du ligament large contenant 2 litres de pus. (Voir Sécheyron, p. 784, 608, 609, 785.)

M. Péan n'avait pas encore réglé son opération de morcellement telle qu'il la décrivit en 1890 au *Congrès de Berlin* (voir plus loin) et, sur 8 hystérectomies totales pour fibromes, pratiquées par lui en 1887, il ne note que 3 fois l'excision du col.

A cette époque, les ablations d'annexes se faisaient donc à peine en France, car Péan n'en avait pratiqué que 18 en 6 ans, dont 11 laparotomies, 2 ablations d'ovaires par le vagin (une unilatérale) et cinq hystérectomies vaginales (2 en 1886, 3 en 1887), et les *Bulletins de la Société de Chirurgie* ne mentionnent en 1887 que 5 opérations pour pyo et hémo-salpinx dues à Bouilly, Terrillon (2), Pozzi, Routier.

Labbé, Lucas-Championnière, Terrier, Périer, etc., etc., firent également, à cette époque, des ablations d'annexes enflammées et adhérentes. La première opération de Terrillon date de novembre 1886.

Lawson Tait avait alors en France la réputation de guérir par la laparotomie les péritonites suppurées : nous avons eu bientôt l'explication de ces succès opératoires, quand nous avons pu apprécier, au cours de nos laparotomies, combien différaient en gravité la *péritonite pelvienne localisée* et la *péritonite généralisée.* Bien mieux, les recherches bactériologiques nous démontrèrent

que nombre de suppurations pelviennes étaient exemptes de bactéries, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas virulentes. Que de succès de prime abord incroyables s'expliquaient aisément, le pus se fût-il répandu au loin, pendant l'opération, dans la cavité péritonéale !

La question des suppurations pelviennes fut soulevée, à la *Société de Chirurgie* de Paris, le 2 juillet 1890, par une communication de M. Bouilly sur le traitement par l'incision vaginale d'une variété de « salpingo-ovarites suppurées ».

Péan, le 8 juillet suivant, fit à l'*Académie* sa première communication sur le *traitement des suppurations, d'origine utérine, ayant pour siège l'utérus et ses annexes.*

« Le point de départ des lésions pelviennes étant le plus souvent l'uté-
« rus, Péan recommande de s'adresser tout d'abord à l'endo-métrite primitive.
« Les topiques astringents, la dilatation, le curettage, suffisent dans les cas où
« la muqueuse utérine est seule en jeu. La suppuration a-t-elle envahi les
« annexes et le petit bassin, il faut recourir, soit, dans des cas bien déterminés,
« à l'incision vaginale et au drainage, soit, dans les cas graves, à l'ablation
« totale de l'utérus, et, s'il est possible, des annexes. Péan pratique à cet effet
« la désinsertion du col, puis l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, et le
« pincement progressif, de bas en haut, d'un des ligaments larges, en prenant
« la précaution de sectionner les parties isolées par chaque pince, avant d'en
« appliquer une nouvelle. On fait ensuite basculer dans le vagin le fond de
« l'utérus et on saisit de haut en bas l'autre ligament; puis on libère l'utérus.
« Péan rejette la forcipressure en masse, de bas en haut, des ligaments
« larges. Dans les cas difficiles, la section progressive de bas en haut d'un des
« ligaments, bien que très avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever
« l'utérus d'une pièce : il faut alors recourir au morcellement..... Lorsque
« l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes,
« et de les exciser, s'il est nécessaire. Les fistules vésicales et rectales et
« l'étendue des poches purulentes ne sont pas une contre-indication de l'hysté-
« rectomie, bien au contraire : la castration utérine par le vagin, termine Péan,
« est l'opération de l'avenir ; *elle sauvegarde tout à la fois la réputa-*
« *tion du chirurgien et la santé des malades.* » (*Bullet. méd.*, 1890, p. 633.)

Péan décrivit en détail son procédé de morcellement au *Congrès de Berlin* (août 1890 ; an. in *Bull. méd.*, p. 817). Il pratique à cet effet : 1° l'abaissement et la dissection du col, et l'ouverture, s'il y a lieu, du péritoine ; 2° l'hémostase des ligaments larges, faite en appliquant de longues pinces de chaque côté de l'utérus ; 3° l'ablation du col, qui est d'abord incisé latéralement, de sa cavité vers l'extérieur, dans toute sa hauteur ; on résèque ensuite transversalement les deux valves ainsi obtenues ; 4° l'incision bilatérale du corps et son morcellement

progressif jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus; il faut alors compléter l'hémostase des ligaments larges, dont le bord supérieur est devenu accessible à la vue. L'opérateur, n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie, excise alors le fond de l'utérus en continuant le morcellement. L'utérus détaché, si les annexes sont altérées, on en fait l'ablation, après avoir placé au delà plusieurs pinces à longs mors.

La communication de Bouilly à la *Société de Chirurgie* et celle de Péan à l'*Académie* provoquèrent devant la première de ces sociétés une discussion à laquelle prirent part Terrillon, Terrier, Pozzi, Le Dentu, etc. Terrillon dit qu'après avoir eu quelques mécomptes de l'incision vaginale il traita, dès 1887, à l'exemple de Lawson-Tait, les suppurations pelviennes par la laparotomie. Tout d'abord il fit l'incision simple et le nettoyage des poches suppurées; puis, s'apercevant qu'elles pouvaient être enlevées, il en fit la décortication depuis 1888 et obtint ainsi des succès plus rapides.

Terrier est du même avis et pense qu'une température de 40° n'est pas une contre-indication de la laparotomie. Il admet l'hystérectomie vaginale, préconisée par Péan, comme supérieure à la simple incision vaginale; mais il la considère comme inférieure à la laparotomie.

Les communications de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin restèrent toutefois sans grand écho jusqu'à la communication de M. Segond, le 25 février 1891, à la *Société de Chirurgie*.

M. Segond, peu après la première communication de Péan, avait assisté à une de ses opérations de castration utérine. Frappé par les avantages de ce mode d'intervention, il le mit lui-même en pratique le 9 août suivant. Il avait fait 23 fois cette opération, lorsqu'il la proposa devant la *Société de Chirurgie* comme étant le procédé de choix dans les cas de suppurations pelviennes. Terrillon fit sa première hystérectomie vaginale pour lésion péri-utérine suppurée le jour même de la communication de Segond, c'est-à-dire le 25 février 1891, et en fit part à la société dans la même séance. La nouvelle opération devait subir bien des attaques, et Richelot lui-même, le 4 mars suivant, déclare que, bien qu'il ait fait 18 fois depuis 2 ans l'hystérectomie vaginale pour des cas de fibrômes, de névralgies et de prolapsus, il reste partisan exclusif de la laparotomie pour les lésions des annexes, et n'excepte, en faveur de la castration utérine, que quelques formes rares de suppurations pelviennes : « *Tout doit être sacrifié* dit-il, *sauf la vie du malade, à l'extirpation des poches purulentes.* »

Reclus suivit de près Terrillon (25 mars 1891). Terrier, Bouilly,

Lucas - Championnière, Richelot, Bazy, etc., demeurèrent au contraire partisans de la laparotomie dans la plupart des cas, rejetant l'hystérectomie au nombre des opérations d'exception. Pozzi se montra plus intransigeant, s'il est possible, pour être obligé de convenir plus tard de l'infériorité de la laparotomie dans bien des cas.

Toutefois, dans la séance du cinquième *Congrès français de Chirurgie*, consacrée à la discussion des *suppurations pelviennes* (1er avril 1891), si nous exceptons la communication de Segond et la nôtre, il n'est question que de laparotomies. Sir Spencer Wells, Lawson-Tait, Jacobs, Le Dentu, Bouilly, Routier et Richelot, etc., ne mentionnent que des laparotomies. Terrillon cite sans insister son unique hystérectomie du 25 février 1891.

Segond donne les résultats comparatifs de 48 opérations, dont 30 hystérectomies, et nous de 56 opérations, comprenant 4 cas d'incision inguino-sous-péritonéale, 32 laparotomies et 20 hystérectomies vaginales. Ces communications, qui confirmaient d'une façon si éclatante celles de Péan à l'Académie et au Congrès de Berlin, entraînèrent bientôt, à la suite des partisans encore si peu nombreux de l'hystérectomie, de nouveaux adeptes et tout particulièrement Jacobs, Rouffart, Richelot, Bouilly et Lucas-Championnière.

Le nombre des orateurs inscrits au récent Congrès de Bruxelles (15 septembre 1892) pour discuter le meilleur mode d'intervention dans les cas de suppurations pelviennes, et enfin le choix de Segond comme rapporteur, ont été les meilleures preuves que la question de la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale se trouvait toute d'actualité.

II. Statistique personnelle.

Nous espérons contribuer pour notre part à la solution de ce problème en développant les résultats de notre pratique personnelle.

Notre première ablation d'annexes a été faite de propos délibéré par la voie vaginale, le 3 décembre 1887, pour une métrite purulente compliquée de double ovaro-salpingite suppurée. Ultérieurement, nous avons pratiqué, suivant les cas, tantôt la castration utérine, tantôt la laparotomie, et, comme nous le verrons en commentant nos observations, après avoir été séduit quelque temps par la possibilité d'enlever par la laparotomie la totalité des poches pelviennes, nous avons

éprouvé, dans quelques cas graves, des insuccès qui nous ont bien vite conduit à revenir exclusivement, chaque fois que les annexes des deux côtés devaient être sacrifiées, à la castration totale par le vagin.

Nous croyons utile, à l'exemple du rapporteur et de la plupart des orateurs inscrits, de ne pas séparer, pour l'appréciation des diverses méthodes opératoires, les opérations ayant pour but la guérison des lésions des annexes, suppurées ou non.

Nous éliminons au contraire de la discussion les suppurations secondaires aux grosses tumeurs abdominales (kystes ovariques et fibromes), que l'infection bactérienne ait ou non pour point de départ l'utérus ou les annexes. Ces tumeurs volumineuses, qui, par suite de leur développement, ont cessé d'habiter le petit bassin pour distendre la paroi abdominale antérieure, ne font plus partie, au point de vue des indications opératoires, des tumeurs pelviennes, et ne sont justiciables que de la laparotomie.

Si nous négligeons cette classe bien distincte de suppurations pelviennes, nos observations sont au nombre de 157 et comprennent : 8 cas d'incision inguino-sous-péritonéale, 60 laparotomies et 89 hystérectomies vaginales.

Nous chercherons à mettre en relief, tant au point de vue de l'étiologie que de l'anatomie pathologique, du diagnostic, et des indications opératoires, les différentes particularités dignes d'intérêt que nous avons rencontrées au cours de nos opérations.

1° *Étiologie.*

Les inflammations péri-utérines ont habituellement pour origine l'infection spontanée ou traumatique de la muqueuse vagino-utérine. La blennorrhagie et les suppurations post-puerpérales sont parmi les premières les plus fréquentes; dans ces cas, la suppuration de la cavité utérine est souvent pendant longtemps la seule manifestation de l'infection, contrairement aux assertions purement théoriques de Poirier : « Qu'une inflammation intra-utérine ne peut survenir sans que le péritoine utérin y prenne une part quelconque, grosse ou petite »; et Pozzi se contredit en écrivant : « Les faits que j'ai observés me démontrent que la grande majorité des inflammations péri et para-utérines ne sont que des salpingites et des péri-salpingites; les lymphatiques y jouent un grand rôle, mais ce rôle est lui-même subordonné à l'inflammation antérieure de la muqueuse de l'utérus et *de son prolongement dans l'oviducte* ». En effet, si la

muqueuse tubaire est infectée primitivement, par simple pénétration des bactéries qui pullulent dans la cavité utérine, il n'est plus besoin de recourir à la lymphangite pour éclaircir l'étiologie des pelvi-péritonites. Il est même probable que, dans les cas où l'infection se propage par contiguïté de la muqueuse utérine à celle de la trompe, le processus inflammatoire a pour siège bien plus le réseau lymphatique propre de la muqueuse que sa couche épithéliale, si souvent intacte, l'infection des culs-de-sac glandulaires étant la cause principale de la ténacité de toute métrite interne suppurée.

Quand l'inflammation est traumatique, s'agirait-il d'un simple cathétérisme intempestif, de l'ablation d'un petit polype, d'une opération sur le col, la lymphangite est alors le phénomène primordial, personne ne saurait le contester.

Nous avons vu d'ailleurs, en étudiant plus haut les anastomoses des lymphatiques de la trompe avec les troncs efférents de l'utérus et la richesse du réseau séreux qui revêt la totalité de la surface de l'utérus et des annexes, pour se prolonger par des néoformations d'une abondance extrême sur les adhérences inflammatoires, que le péritoine pelvien peut être infecté par voie lymphatique en dehors de toute lésion des trompes, et que l'ovarite est le plus souvent la conséquence des mêmes phénomènes, les lymphatiques propres de l'ovaire ne s'anastomosant que très haut avec les troncs venus de l'utérus, tandis que la salpingite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation de la muqueuse tubaire, se fait le plus souvent par propagation directe. La meilleure preuve du rôle important que joue dans la production de la pelvi-péritonite le réseau séreux des organes génitaux internes est l'absence habituelle d'engorgement ganglionnaire dans les cas d'ovarite, de salpingite, et de pelvi-péritonite suppurées; l'inflammation s'étend de proche en proche à la surface de la séreuse, en dehors de toute infection des gros troncs efférents; cette infection produirait au contraire l'adénite simple ou suppurée (phlegmons du ligament large ou juxta-pubiens).

2° *Étude bactériologique des suppurations pelviennes.*

Nous avons toujours pratiqué dans notre laboratoire privé l'examen bactériologique des cas dignes d'intérêt; on rencontre dans les foyers de salpingite ou d'ovarite suppurées plusieurs espèces de bactéries; en première ligne : le *Streptocoque pyogène* qui, d'après nos recherches et celles de Widal, est l'agent infectieux exclusif de la fièvre puerpérale, dans ses manifestations les plus diverses. Nous avons démontré

que ce Streptocoque se rencontrait à l'état de pureté dans les formes foudroyantes comme dans les formes prolongées de l'état puerpéral, caractérisées par l'évolution de phlébites, de pleurésies, de suppurations métastatiques articulaires ou autres; ces localisations du Streptocoque se produisent en pareil cas par voie embolique et sont le plus souvent bénignes, quand la malade a pu supporter victorieusement les premières atteintes de l'infection. Nous avons également observé à diverses reprises au cours d'accidents puerpéraux à forme prolongée un autre Streptocoque qui est mentionné dans notre communication au cinquième Congrès français de Chirurgie sur les bactéries pyogènes.

Le *Gonocoque* est également l'un des agents les plus habituels des suppurations pelviennes; mais il est plus difficile à reconnaître que le Streptocoque, surtout s'il n'est pas abondant et si on ne peut constater de ce fait, ni son groupement caractéristique dans les leucocytes ou les épithéliums, ni sa décoloration par le procédé de Gram. Les cultures de Gonocoques sont difficiles à obtenir, et nous n'avons jamais pu reproduire en séries nos premières colonies toujours très grêles. C'est à Bernutz que nous devons d'avoir bien mis en lumière l'importance étiologique de la blennorrhagie dans les inflammations péri-utérines.

On rencontre aussi dans le pus des salpingites le *Bacterium coli commune*, et les *Bacilles* que nous avons décrits dans la septicémie urineuse. Le *Staphylococcus aureus* n'y est pas des plus communs, au moins pour ce qui concerne nos observations personnelles et celles de notre assistant, M. le Dr Roussel (de Reims).

Une seule fois nous avons observé, dans un foyer énorme et très ancien, étendu à la totalité du petit bassin, le *Pneumocoque de Fraënkel* à l'état de pureté. Tous les microbes pyogènes peuvent d'ailleurs se rencontrer dans les suppurations pelviennes, et si nous avons omis de mentionner le *Bacille tuberculeux* et le *Cladothrix* de l'Actinomycose, c'est à dessein, car les lésions péri-utérines qui sont sous leur dépendance, tout en se rapportant d'habitude à un type clinique particulier et bien distinct de l'évolution des suppurations pelviennes proprement dites, donnent lieu aux-mêmes indications opératoires.

Les bactéries que nous venons de mentionner peuvent toutes se rencontrer dans le conduit vaginal, où elles sont associées le plus souvent à diverses espèces saprogènes; toutefois nous avons trouvé à l'état de pureté, dans le vagin normal, et chez une personne vierge atteinte de fibrome utérin, le Streptocoque pyogène (1).

(1) Cette malade, qui fut opérée d'ablation bilatérale des annexes, souffrit au cours de sa convalescence d'une phlegmatia accompagnée d'accidents fébriles.

Ces mêmes streptocoques devaient exister dans la cavité utérine et ont infecté, en pénétrant

3° *Anatomie pathologique.*

Les suppurations pelviennes appartiennent à diverses variétés anatomiques; nous les avons toutes observées.

Le phlegmon du ligament large et les différentes variétés de salpingite, d'ovarite, et de pelvi-péritonite sont bien décrits dans les livres récents et tout particulièrement par S. Pozzi (*Traité de Gynécol.*, 1892) et Segond (*Traité de Chirurg.*, 1892, Tome VIII), etc.

Nous ne nous attacherons donc ici qu'à faire ressortir les particularités anatomiques que nous avons observées au cours de nos opérations telles que : 1° l'intégrité des annexes dans l'inflammation du ligament large et l'induration à forme subaiguë du tissu cellulaire péri-utérin ; 2° les kystes purulents tubo-pelviens; la symphyse pelvienne et la forme intra-ligamentaire des salpingites.

a) *Inflammation du tissu cellulaire pelvien.* (*Intégrité des annexes.*) *Production des masses indurées péri-utérines sans collection purulente.* — Les diverses formes cliniques du phlegmon du ligament large sont admises par tous les auteurs classiques; la question la plus controversée est celle des rapports qui existent entre l'inflammation de ce ligament d'une part, celle des trompes et des ovaires de l'autre.

P. Poirier (*Progr. méd.*, 1890, p. 66) se refuse à admettre l'exactitude de la théorie de Terrillon (*Société de Chirurg.*, 26 déc. 1888) pour qui « le phlegmon du ligament large est le résultat d'une inflammation de

dans les capillaires veineux, les sinus et de là la veine crurale. On peut en effet comparer en petit à la plaie utérine qui succède à l'accouchement, et où les sinus veineux se trouvent largement ouverts au point où s'est détaché le placenta, la rupture des capillaires et des petites veines au moment des règles, ou au cours des métrorrhagies pathologiques. On ne s'étonnera pas de la possibilité de la phlegmatia si l'on considère que les écoulements leucorrhéiques qui se produisent chez les femmes atteintes de fibromes, dans l'intervalle des hémorrhagies, ne sont autre qu'une véritable suppuration, et se montrent riches en bactéries.

Bastard (Thèse, 1882) attira le premier l'attention sur la phlegmatia chez les femmes atteintes de fibromes. Sa thèse, qui fut inspirée par notre cher maître le Dr Bernutz, contient 15 observations dont les plus anciennes datent de 1848 (Barth, *Bullet. Société. anat.*); de 1854, (Guyot, *Bull. Société. anat.*); de 1859 (Bernutz et Goupil, tome I, pag. 371); de 1876 (Lasègue); de 1877-78 (Duguet et Sevestre); de 1879 (Duplay); de 1881 (Brouardel et Siredey, Millard). L'observation la plus récente, du 30 juin 1881, provient du service de Bernutz.

L'abondance de la leucorrhée, les symptômes inflammatoires péri-utérins, la fièvre sont notés dans presque toutes les observations, et on n'a guère constaté, au cours des autopsies, la compression directe des veines iliaques, alors généralement mise en cause, ainsi que l'altération du sang, imputée à l'anémie et à toute autre dyscrasie mal déterminée.

L'origine infectieuse de la phlébite dans les cas de cancers est souvent liée à la présence, dans le néoplasme, de bactéries pathogènes que l'on y a souvent considérées par une faute d'interprétation comme les micro-organismes spécifiques du cancer.

la trompe, au même titre que l'épididymite dans l'orchite blennorrhagique est la cause de l'induration du scrotum. »

Une de nos observations prouve que le phlegmon classique du ligament large se produit sans lésion concomitante des annexes et confirme les idées de Poirier, qui admet que l'inflammation du ligament large lui-même n'est que secondaire à celle des lymphatiques de son bord inférieur et des ganglions de son bord externe ou ganglions iliaques.

En effet, en pratiquant une laparotomie chez une femme opérée 3 ans auparavant d'un phlegmon classique du ligament large, d'origine puerpérale, nous avons constaté de ce côté un simple raccourcissement du méso de la trompe et de l'ovaire, sans trace d'adhérences anciennes ni de brides inflammatoires pelviennes. La trompe était absolument saine et les ovaires étaient atteints de dégénérescence scléro-kystique simple. Il n'y avait pas eu antérieurement d'ovaro-salpingite suppurée.

Nous avons observé 3 fois d'énormes indurations péri-utérines à marche subaiguë et sans tendance à la formation d'une collection purulente.

Ces trois femmes, jeunes, et en dehors de l'état puerpéral, présentaient les signes d'un affaiblissement progressif. L'état général était des plus inquiétants. Le médecin traitant croyait chez l'une d'elles à un cancer.

Nous avons porté le diagnostic de masses inflammatoires pelviennes sous-péritonéales : le début remontait à plusieurs mois ; la température oscillait aux environs de 38°5, et, dans l'un des cas, elle dépassa même 39°, le jour de notre premier examen : cette exacerbation était due aux fatigues d'un long voyage.

Nous avons pratiqué chaque fois, de propos délibéré, l'incision inguino-sous-péritonéale, si improprement dénommée par S. Pozzi du terme équivoque et contradictoire de « laparotomie sous-péritonéale ». Cette voie nous permit d'atteindre aisément les masses inflammatoires en plein ligament large, et de les dissocier jusqu'au niveau du cul-de-sac latéral du vagin.

Les masses, infiltrées de lymphe plastique, occupaient le bord externe du ligament large et se trouvaient en contact avec la paroi pelvienne. Elles étaient au voisinage de la chaîne des ganglions iliaques, où aboutissent des vaisseaux du vagin et du col utérin qu'a décrit Poirier. La sérosité qui s'écoule de ces tissus enflammés est le plus souvent assez riche en bactéries et se montre en tous points semblable à celle que l'on extrait, par l'incision précoce, d'un phlegmon circonscrit.

b) Inflammation des annexes et pelvi-péritonite. Kystes purulents tubo-pelviens ; symphyse pelvienne ; salpingites intraligamentaires. — S'agit-il au contraire d'une salpingite suppurée, les lésions de la péritonite pelvienne, qui peuvent toutefois exister isolément par propagation directe de la muqueuse utérine au réseau séreux péritonéal (Poirier), suivent de près l'infection microbienne des annexes, et il est bien rare d'extirper, au cours d'une laparotomie pour inflammation purulente des annexes, des tumeurs nettement enkystées et non adhérentes de l'ovaire ou de la trompe.

Les adhérences péritonéales englobent bientôt les annexes enflammées ; et, si parfois l'extrémité abdominale de la trompe est complètement fermée, il arrive aussi fréquemment que les franges du pavillon dilaté viennent se mettre en contact avec le péritoine pelvien et y adhèrent intimement, de telle sorte que ce dernier, en obturant le pavillon, contribue à former une certaine étendue des parois de la poche. En énucléant la trompe, on est obligé de la détacher de ses adhérences, et le kyste purulent se trouve rompu, ce qui ne laisse pas d'être d'un pronostic fâcheux, si le pus est très virulent, et si l'on n'a pas pu vider la poche par une ponction préalable.

Les fausses membranes pelviennes s'enlèvent facilement à la curette.

Ces kystes purulents, formés en partie par le pavillon de la trompe dilatée, en partie par les parois pelviennes, s'observent fréquemment.

Il n'est même pas rare, quand l'inflammation est très ancienne, de rencontrer une véritable symphyse pelvienne; dans ces cas, à l'ouverture du ventre, le petit bassin est entièrement comblé par les adhérences, et ce n'est qu'après avoir détaché l'épiploon, quelques anses d'intestin grêle, et souvent aussi l'S iliaque, entièrement déplacé, que l'on peut atteindre la vessie, puis en arrière d'elle, l'utérus et ses annexes, informes et presque méconnaissables.

Le volume des kystes tubo-ovariens inflammatoires est fort inconstant, et leur contenu varie de quelques grammes à 1 litre et plus ; les poches d'une contenance supérieure à 500 grammes sont toutefois assez rares. Outre les poches tubo-ovariennes, il n'est pas rare de rencontrer des loges purulentes intra-péritonéales, enkystées au milieu des adhérences.

Nous décrirons enfin une variété anatomique peu connue de la salpingite hémorrhagique ou purulente, variété qu'il nous a été donné d'observer et d'étudier plusieurs fois au cours de nos laparotomies.

Le ventre ouvert, nous sommes tombé sur quelques adhérences, puis sur de volumineux kystes tubaires, situés de chaque côté de l'utérus ; après avoir isolé le rectum et détruit les adhérences qui comblaient

le cul-de-sac recto-utérin, nous nous aperçûmes qu'il était impossible, en attaquant par derrière les poches indurées, de les détacher, comme nous en avions l'habitude, du péritoine pariétal, en insinuant entre la séreuse et les parois kystiques l'index et le médius gauches.

Un examen attentif nous permit alors de reconnaître que la séreuse recouvrait les poches tubo-ovariennes et passait au-dessus d'elles, comme s'il se fût agi d'un kyste du ligament large. L'incision de la séreuse fut aussitôt pratiquée, au point culminant de la tumeur gauche, et celle-ci fut énucléée sans peine de sa loge sous-péritonéale.

La même manœuvre fut pratiquée de l'autre côté, et, l'ablation des kystes terminée, il ne resta plus, après la toilette du péritoine, qu'à suturer en surjet les lambeaux du ligament large. Nous avions donc à faire, dans ces cas, à de véritables ovaro-salpingites enkystées du ligament large. Ces poches ayant été énucléées en totalité, il nous a été possible d'en pratiquer l'examen : elles étaient bien constituées par les annexes dilatées, et particulièrement par la trompe, dont on pouvait suivre le pédicule utérin. Il est probable qu'en augmentant de volume, la trompe, au lieu de distendre sa tunique péritonéale, s'était coiffée, en le soulevant et en l'attirant, du péritoine de revêtement du ligament large. On sait d'ailleurs que bien des kystes ligamentaires n'ont pas d'autre pathogénie, et qu'un kyste, primitivement développé aux dépens des annexes ou des tubes épithéliaux de l'aileron moyen du ligament large, devient pédiculé ou intra-ligamentaire, suivant qu'au cours de son développement il distend en se pédiculisant la séreuse qui le revêt, ou se coiffe au contraire, en s'insinuant au-dessous de lui, du péritoine pelvien. C'est ainsi que certains kystes ovariques, en apparence pédiculés, envoient dans le ligament large un diverticule notable, qui ne peut être énucléé que par décortication sous-péritonéale.

Il est fort probable que ce point de l'anatomie-pathologique des salpingites est encore peu connu, si l'on en juge par les plus récents traités.

Pozzi signale en effet, page 647, la suppuration possible d'un kyste de l'ovaire ou du ligament large, par suite du voisinage d'une trompe suppurée, et l'ouverture de ce kyste dans la trompe. Plus loin, citant une observation de Lawson-Tait, où la poche hématique dépassait l'ombilic, il émet l'opinion « qu'il devait exister dans ce cas, en même temps que l'hémo-salpinx, une hématocèle intra-péritonéale enkystée » (p. 650). A propos des abcès pelviens, il pense que, dans « les cas de grosses poches purulentes, soudées latéralement au pelvis, et en haut à l'épiploon et à l'intestin, il s'agit presque toujours d'un kyste purulent tubaire, d'abord libre, puis soudé par un travail ulté-

rieur; on peut s'assurer de l'exactitude de cette interprétation, dit-il, en pratiquant la décortication de la poche... Quand ce travail hardi est terminé, on remarque que le kyste est muni d'un pédicule interne inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée. Reste cependant parmi ces collections enkystées un certain nombre de cas où la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse.. : le nom d'abcès pelviens peut être conservé à ces collections purulentes non énucléables.» Pozzi assimile aux abcès pelviens les kystes du ligament large et certaines hématocèles ayant suppuré (p. 680).

On voit d'après ces citations qu'il ne donne pas de description de ces poches tubo-ovariennes intra-ligamentaires dont nous avons reconnu le siège anatomique au cours de la laparotomie. Nos hémo et pyo-salpinx intra-ligamentaires rentrent dans la catégorie des collections non énucléables de Pozzi. Le doigt ne peut les contourner, à moins de délabrements énormes, tant qu'on n'a pas pris soin d'inciser le péritoine qui les recouvre, pour en pratiquer la décortication sous-séreuse. Il est aisé de s'assurer, par l'examen de la pièce, qu'il s'agit bien d'une poche dépendant des annexes. Il suffit à cet effet de rechercher les connexions des parois du kyste et du pédicule tubaire.

Péan (opér. du 12 juin 1888, in Secheyron, p. 785) a observé un kyste purulent intra-ligamentaire qui paraît se rapporter à cette variété de salpingite que nous venons de décrire. Il en est de même des deux kystes ligamentaires cités par Lawson-Tait (page 467) et qui étaient remplis d'un mélange de sang et de pus.

Nous citerons enfin pour mémoire un cas de salpingite aiguë suppurée (1), guérie spontanément par l'évacuation du contenu de la trompe dans l'utérus. Les accidents ne se sont pas reproduits, et la malade a été traitée par le simple repos au lit et les injections vaginales antiseptiques.

Nous n'insisterons pas sur les suppurations péri-utérines secondaires au cancer, aux fibromes et aux kystes ovariens de petit volume. Ces suppurations donnent lieu aux mêmes indications opératoires que les autres variétés.

(1) L'évacuation définitive ou intermittente d'nn kyste tubaire dans l'utérns a été signalée par Hanssman (1876) et se trouve mentionnée par Martin et les auteurs classiques sous le nom de *salpingite profluente*. « L'écoulement du liqnide par le vagin est snivi d'un soulagement immédiat et l'exploration indique la disparition de la poche anparavant perceptible snr le côté de l'ntérus. » Dans ces cas, le segment interne de la trompe n'est oblitéré qne momentanément par nn bouchon muco-pnrulent. M. Rontier a signalé un cas d'évacuation intermittente d'un pyo-salpinx qu'il extirpa avec snccès par la laparotomie (1887). « La pressiou dans la fosse iliaque droite déterminait l'éconlement d'nne certaine qnantité de pns par le col. »

4° *Diagnostic.*

Le diagnostic des lésions péri-utérines a depuis longtemps passionné les cliniciens. Lisfranc, Nonat, Bernutz discutaient d'après les données du toucher et du palper combinés. Et si ces discussions théoriques. qui ont si longtemps divisé nos devanciers, ne pouvaient aboutir, c'est qu'ils devaient souvent attendre de longues années, avec la mort des malades observées, la confirmation anatomique de leurs idées. La pratique courante de la laparotomie, qui permet aux chirurgiens de vérifier sur le champ l'exactitude de leur diagnostic, devait par là même les conduire à résoudre en peu d'années les points les plus délicats de la pathologie utérine.

Bernutz enseignait à ses élèves la pratique du toucher et du palper combinés, et c'est à ce savant maître que nous avons dû d'apprendre, en 1881, dans son service de la Pitié, à reconnaître, par cette double exploration, l'ovaire et la trompe, altérés ou non, et à délimiter l'utérus des masses inflammatoires intra-péritonéales, constituées par les annexes et des fausses membranes. Nous eûmes même la bonne fortune de rencontrer, dans une des autopsies du service, un cas remarquable de pelvi-péritonite ancienne ou mieux de pachy-péritonite, où le petit bassin se montrait cloisonné en plusieurs loges par de minces « septa », sillonnés non seulement de nombreux lymphatiques, mais aussi d'énormes veines ; les cloisons étaient assez résistantes pour expliquer en pareil cas la production, sous l'influence d'un choc violent ou d'une poussée congestive, par la rupture d'un de ces vaisseaux adventices, des diverses variétés d'hématocèle ntra-péritonéale enkystée.

Aussi quelle reconnaissance n'avons-nous pas éprouvée pour ce grand clinicien quand, livré à nos propres forces, nous avons entrepris l'ablation des annexes enflammées ou purulentes. L'exploration du petit bassin n'est en effet qu'un jeu pour un gynécologiste exercé et rompu à la pratique de la laparotomie et de l'hystérectomie. Aussi le diagnostic de l'état des annexes, de leur mobilité, de leur volume, de la bilatéralité des lésions, nous semble-t-il possible dans la grande majorité des cas. Le contenu des poches pelviennes peut lui-même être soupçonné par l'analyse méthodique des symptômes, et, dans les cas aigus, la douleur, le péritonisme, la courbe thermique permettent à eux seuls de prévoir une suppuration pelvienne. Tout différents sont en effet les signes de la pelvi-péritonite aseptique, qui se produit le plus souvent à la suite d'une petite hémorrhagie intra-péritonéale d'origine menstruelle, ou, comme nous l'avons observé à plusieurs

reprises, à la suite de la rupture spontanée d'un kyste hématique des annexes ou d'une grossesse tubaire. Dans ces cas, l'angoisse est extrême, le facies péritonéal, la douleur poignante; mais on n'observe que peu ou point d'élévation de la température, et la résorption de l'épanchement est si rapide, que nous l'avons vu disparaître presque sous nos yeux, sans qu'il en subsiste d'autres traces lors de la laparotomie, faite quelques semaines après, qu'une véritable symphyse de tous les viscères du petit bassin, sans collection liquide. La pelvi-péritonite aseptique peut être également la conséquence de la production d'une hématocèle enkystée ou de la torsion du pédicule d'une tumeur ovarienne.

L'altération des traits, les vomissements, la fièvre, le délire, les frissons, et enfin les élancements pathognomoniques de la formation du pus ne permettent guère de confondre les accidents de suppuration pelvienne avec ces pelvi-péritonites non microbiennes et si bénignes que nous venons de mentionner.

S'agit-il d'un cas subaigu, l'infection bactérienne d'un foyer ancien de salpingite ou de pelvi-péritonite se révèle presque toujours par l'apparition d'élancements nocturnes, de telle sorte que la patiente, qui, avant toute infection microbienne de ses foyers inflammatoires, pouvait, par le simple repos au lit, amener la sédation de ses douleurs, souffre également jour et nuit jusqu'à ce qu'une accalmie momentanée lui donne l'illusion d'une guérison durable.

La cachexie toute spéciale des malades, leur démarche, l'ancienneté du début des accidents, et surtout l'élévation vespérale de la température vaginale et, quand elle existe, la douleur nocturne, sont, après un examen local méthodique, des signes de certitude de la présence du pus.

Quel est le siège de la lésion ? L'exploration seule nous éclairera sur ce point délicat. Le phlegmon du ligament large n'en occupe que la région la plus externe et se trouve au contact de la paroi pelvienne; bientôt il envahit la fosse iliaque au voisinage de l'arcade crurale.

Les masses indurées péri-utérines que nous avons signalées ont une marche beaucoup moins rapide. Leur évolution est subaiguë ou chronique et la température dépasse à peine 38°. On hésite dans certains cas à leur attribuer exclusivement la cachexie extrême de la malade. La guérison, qui suit de près la disparition de ces masses après l'incision inguino-sous-péritonéale et le tamponnement de la plaie, prouve qu'il ne faut pas chercher ailleurs la cause des symptômes observés.

Les lésions des annexes sont parfois peu accessibles. Tel était le cas chez notre première opérée de castration totale. Les parois abdo-

minales étaient épaisses, le ventre ballonné, et c'est à grand peine si entre les vomissements on percevait très haut deux petites tumeurs fort douloureuses. Il s'agissait d'une ovarite suppurée bi-latérale. Les trompes n'étaient pas très altérées.

En pareil cas, il n'existe que peu d'adhérences pelviennes et l'utérus peut demeurer assez mobile.

Les salpingites s'accompagnent plus fréquemment de lésions intra-péritonéales. L'utérus est alors comme enclavé dans une gangue inflammatoire et on perçoit, autour de lui, tantôt dans l'un des culs-de-sac, tantôt sur toute l'étendue du plancher pelvien, une tumeur dure, empâtée, douloureuse, en forme de croissant ou d'anneau complet.

Notre cher maître M. Bernutz insistait volontiers sur le sillon qui sépare du col ces masses indurées.

La situation et la dimension des poches purulentes est on ne peut plus variable et souvent le foyer purulent est très petit, bien que situé au centre d'une masse inflammatoire d'une épaisseur considérable ; il peut occuper la trompe, l'ovaire, ou se trouver enkysté, comme l'avait observé Bernutz, au milieu des adhérences péritonéales. Souvent il y a plusieurs poches purulentes de volume différent ; nous en avons observé de 200, de 500 cent. cubes et plus.

Le point capital, si nous voulons répondre à l'une des principales objections des ennemis jurés de l'intervention radicale, est de reconnaître si les lésions sont bilatérales. Cette objection n'est réellement pas à faire à un chirurgien exercé, car, si l'on est capable de constater une lésion unilatérale, il est tout aussi facile de vérifier l'état des annexes de l'autre côté.

L'un des points les plus délicats du diagnostic est plutôt de reconnaître s'il existe une communication fistuleuse entre les poches purulentes d'une part, la vessie ou le rectum de l'autre. En effet ces fistules peuvent se fermer momentanément ou ne donner lieu qu'à l'évacuation d'une très petite quantité de pus, et il n'est pas toujours donné au chirurgien d'avoir la bonne fortune d'observer la malade au moment exact d'une de ces débâcles, dont les intervalles sont souvent fort inégaux. Cette complication de fistule vésicale ou intestinale, expose, au cours de l'opération, à l'irruption dans le péritoine de l'urine purulente ou des matières fécales.

3° *Indications opératoires.*

Il nous semblerait oiseux de nous attacher dans ce chapitre aux indications opératoires des abcès du ligament large, l'incision inguino-sous-péritonéale, qui convient également aux masses pelviennes indu-

rées, étant entrée dans la pratique courante; nous n'aurons donc en vue dans ce qui suit que les inflammations péri-utérines proprement dites : salpingo-ovarites et pelvi-péritonite.

Nous n'insistons pas sur le traitement médical de ces accidents, tous les gynécologues étant à peu près d'accord à ce sujet; nous-même plus que personne sommes convaincu que le séjour au lit pendant quelques semaines, si l'on y joint une antisepsie vaginale méthodique et parfois l'emploi de quelques révulsifs cutanés, sont les meilleurs moyens d'amener la résolution de bien des inflammations péri-utérines. Ce repos prolongé, nous l'imposons, ainsi que le traitement local, à toutes les femmes qui sont atteintes de péri-métrite de date récente, et nous sommes habitué à en constater les bons effets thérapeutiques. Nous sommes ennemi, comme nous l'avons dit plus haut, du cathétérisme utérin, dont abusent certains praticiens au point qu'ils ne laissent pas une seule femme sortir de leur cabinet avant d'avoir subi l'introduction de l'hystéromètre. Toutes les fois que nous constatons la limpidité du mucus apparent entre les lèvres du col, nous proscrivons, à moins de nécessité absolue, et le cas est bien rare, la *violation de la cavité utérine.*

L'exploration bi-manuelle et l'examen du col nous suffisent en effet dans la grande majorité des cas pour reconnaître la situation de l'utérus, son volume et l'état de sa cavité. Nous protestons donc contre l'abus du spéculum et des crayons intra-utérins, de l'écouvillonnage, du curettage, pour ne pas mentionner la pratique aussi aveugle que dangereuse des cautérisations profondes par la pâte de Canquoin, et celle plus inutile encore de l'électrisation, qui deviennent, entre les mains de certains, une véritable spéculation.

Il est si facile de convaincre une femme qu'elle a un « mal de matrice » et de l'entretenir ainsi plusieurs années en lui faisant subir chaque semaine plusieurs examens et « pansements » et en lui présentant le « curettage » comme la *plus difficile* et la *plus grave* des opérations !

Le résultat de ces pratiques empiriques et peu honorables au point de vue professionnel n'a guère d'autre résultat que de provoquer des attaques de pelvi-péritonite et de mener la patiente tôt ou tard chez le chirurgien.

Existe-t-il une métrite interne suppurée, en dehors de toute lésion péri-utérine? L'antisepsie utérine bien faite et le curettage peuvent amener une guérison définitive ; mais ce n'est pas le cas quand il y a déjà de la pelvi-péritonite et des lésions des annexes.

Les nombreux cas de *mort* signalés par Seuvre dans sa thèse, à la suite d'un traitement intempestif, en sont la meilleure preuve. Aussi ne

pouvons-nous admettre que des salpingites et des ovarites guérissent par la dilatation, le curettage, et le drainage de la cavité utérine, dans les cas même où il n'existe pas d'endométrite concomitante, et nous nous demandons pourquoi l'on vient attaquer en pareil cas la muqueuse d'un utérus qu'on sait « sans endo-métrite », et comment, en détruisant une muqueuse saine, on guérira une lésion grave d'un organe situé à quelque distance de là.

Ces prétendues guérisons sont basées sur un diagnostic inexact et ces malades n'ont guéri que du *curettage*, dont elles n'avaient aucunement besoin. La transfusion hypodermique d'eau salée ne peut guère servir qu'à améliorer l'état général et nous lui refusons tout effet réellement curatif; bien des plastrons de pelvi-péritonite sont d'ailleurs susceptibles de disparaître par résolution sous l'influence du simple repos.

Ces cas, qui guérissent spontanément, sont aujourd'hui connus de tous et les aberrations thérapeutiques que nous venons de signaler ne rencontrent plus guère que des incrédules.

Toutes les fois qu'il existe une lésion péri-utérine grave et que le péritoine pelvien ou les annexes sont le siège de tumeurs inflammatoires de date ancienne, l'*intervention chirurgicale s'impose*. Les indications des ablations d'annexes ont été données de main de maître par Hégar (V. p. 22) (1).

Si nous exceptons les traitements palliatifs, qui ne conviennent évidemment pas à ces cas d'une gravité toute exceptionnelle, nous n'aurons à discuter que deux modes de traitement : *a*) l'évacuation simple des foyers pelviens; *b*) l'extirpation des masses inflammatoires.

a) *Evacuation simple des poches péri-utérines.*

Cette évacuation peut se faire par divers procédés : la ponction avec ou sans débridements, et les diverses incisions pariétales. La ponction et l'incision directe appartiennent à la période préantiseptique de la gynécologie.

Nous avons vu quelle était à cet égard la pratique de Lisfranc, de Chassaignac, etc., etc.

Bernutz la faisait couramment avec le long trocart courbe de Chassaignac, que modifia bien inutilement Laroyenne. Bernutz introduisait, comme Chassaignac, de gros drains dans l'intérieur des poches purulentes, et nous l'avons vu les faire ressortir, grâce à une contre-ouverture, au-dessus du pubis. Laroyenne et Vuillet n'ont fait que

(1) Nous verrons plus loin que nous préférons à l'opération de Battey, d'Hégar ou de Lawson-Tait la castration totale par le vagin.

reprendre le procédé de Bernutz, procédé que notre cher maître eût certainement abandonné, s'il lui avait été donné de vivre quelques années de plus.

Les ponctions offraient en effet, avant l'antisepsie, l'énorme avantage d'être moins dangereuses que l'incision ; aujourd'hui que cette dernière est inoffensive, nous ne saurions lui préférer une méthode aveugle et surannée. Laroyenne se rend lui-même compte de l'infériorité de la ponction, puisqu'il la complète par un débridement, fait à l'aide d'un instrument spécial.

Pourquoi ne pas proposer franchement l'incision, qu'il déclare au contraire une opération dangereuse ?

Nous ferons aussi à M. Laroyenne le reproche d'avoir négligé absolument l'historique de la question (*Lyon médical*, 1886, p. 241) et de laisser supposer à ses lecteurs qu'il a inventé un nouveau procédé de traitement des collections fluctuantes du petit bassin, tandis qu'il ne fait que répéter, sans modifications dignes d'intérêt, la pratique des chirurgiens de la 1re moitié du siècle.

Et malgré ses efforts pour faire ressortir les avantages de la ponction, nous refuserons de croire que l'on ait pu évacuer par des ponctions successives jusqu'à 7 poches pelviennes purulentes. Nous pensons qu'ici encore le diagnostic péchait par la base et qu'on a simplement ponctionné à diverses reprises les mêmes poches, où le pus se reproduisait faute de débridements suffisants. L'incision vaginale eut été tout aussi conservatrice : il est vrai qu'elle n'est pas à la portée de tous et qu'il faut une certaine habileté pour manier sans danger au fond du vagin l'instrument tranchant.

Nous pensons, comme M. Segond, que la périnéotomie verticale (Hegar-Sänger) ou transversale (O. Zuckerkandl) ne répondent qu'à des indications fort rares et ne sont indiquées que dans des cas exceptionnels.

b) Extirpation des masses inflammatoires.

S'agit-il, non plus de simples collections liquides enkystées ou adhérentes du cul-de-sac postérieur, mais de lésions pelviennes massives, constituées en majeure partie par des masses indurées, où se rencontrent sans rapports constants : l'utérus et les annexes enflammées, l'épiploon, la vessie, les anses inférieures de l'intestin grêle, l'S iliaque et le rectum, entremêlés de kystes séreux, hématiques ou purulents, une intervention radicale s'impose et nous n'avons plus qu'à choisir entre 2 méthodes : la LAPAROTOMIE et l'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

Nous étudierons, à propos de nos observations personnelles, les avantages de l'une et l'autre méthode.

Opérations personnelles.

Comme nous l'avons signalé plus haut, nos opérations sont au nombre de 157 et comprennent : 8 cas d'incision inguino-sous-péritonéale, 60 laparotomies et 89 hystérectomies vaginales.

a). *Voie inguino-sous-péritonéale* (Huit cas.) — L'incision inguino-sous-péritonéale est la méthode de choix pour le traitement de ces masses indurées péri-utérines que nous avons signalées plus haut (3 opérations). Leur dissociation directe, suivie du tamponnement antiseptique, a déterminé en peu de temps le rétablissement des opérées. Quelques mois après la cicatrisation, qui se fit en 3 à 4 semaines, toute trace d'induration avait entièrement disparu.

Deux fois nous avons ouvert par cette voie des collections purulentes profondes, ne faisant pas saillie au-dessous de l'arcade crurale, et, dans un autre cas, une tumeur dermoïde suppurée, manifestement adhérente.

Enfin nous avons tenté d'obtenir ainsi, en pratiquant l'ouverture large de foyers purulents péri-utérins, la guérison de deux malades atteintes de fistules purulentes intestinales. Ces opérations n'ont été suivies d'aucun accident, bien que dans un cas il ait fallu répéter le décollement à trois reprises successives, et que nous ayons pénétré chaque fois jusque sur les côtés du col et même en avant du rectum, et pratiqué dans la même séance l'incision par le vagin. Mais le résultat thérapeutique fut *nul*, et ces deux malades continuèrent à s'épuiser, sans tirer de l'opération un bénéfice durable.

b). *Laparotomies.* — Nos 60 laparotomies se rapportent aux cas les plus variés.

Nous avons eu dans cette catégorie d'opérations 6 morts opératoires. Trois de ces insuccès ont été causés par l'usage d'un catgut septique, que nous avons abandonné au bout de quelques jours, après avoir observé inopinément sur plusieurs opérés des accidents infectieux de gravité variable (1).

Sur les 60 laparotomies, nous avons fait 48 ablations bilatérales des annexes et 12 opérations incomplètes.

Parmi les 12 opérations incomplètes, nous comptons une castration

(1) Ce catgut, après avoir été chauffé à sec à la température de 110°, avait macéré dans l'éther et dans l'alcool phéniqué à 1/10e pour être porté ultérieurement dans l'huile de genévrier à 95° et enfin dans l'alcool phéniqué bouillant (80°).

La putréfaction des boyaux de mouton étant une des opérations préliminaires de la fabrication du catgut, particularité que les chirurgiens semblent généralement ignorer, on comprend aisément

unilatérale avec hystéropexie chez une jeune fille atteinte de salpingite unilatérale, et deux ablations unilatérales des annexes, celles de l'autre côté étant soit impossibles à isoler, soit fistuleuses dans la vessie, comme nous l'avons observé chez une malade, opérée plus tard d'hystérectomie vaginale.

Une autre femme, atteinte de pelvipéritonite purulente que nous croyons consécutive à une ovaro-salpingite, présentait un abcès rétro-utérin enkysté, fistuleux dans l'intestin, et nous dûmes drainer par le vagin, à l'aide d'un gros tube de caoutchouc et d'une mèche de gaze stérilisée et imbibée de solution phéniquée. Lors de l'ablation de la gaze et du drain vint à leur suite un lombric macéré, qui devait se trouver dans un diverticule de la poche purulente. La malade ayant à peine 30 ans, nous avons laissé les annexes des deux côtés, après les avoir libérées autant que possible de leurs adhérences. La guérison se fit en 15 jours.

Dans un cas de pyosalpingite bilatérale, fistuleuse de chaque côté dans le rectum, il nous fut impossible d'enlever les annexes et nous dûmes tenter le drainage par la voie inguino-sous-péritonéale.

Enfin, chez cinq malades, nous dûmes nous contenter trois fois, faute de pouvoir faire mieux, et deux fois parce que la destruction simple des adhérences péri-utérines nous semblait devoir amener la guérison, tout en permettant la possibilité d'une grossesse ultérieure, d'isoler avec le plus grand soin l'utérus, ses annexes et les viscères voisins, et de pratiquer le lavage à l'eau stérilisée de la cavité pelvienne, qu'il nous est arrivé de trouver comme remplie de petits kystes séro-sanguinolents, trace d'une pelvi-péritonite antérieure.

A l'exemple de Terrillon et de Lawson-Tait, nous avons hésité tout d'abord à exécuter l'ablation complète des poches très adhérentes; mais bientôt nous avons constaté qu'il était toujours possible d'en pratiquer la décortication, quelque épaisses et adhérentes qu'elles fussent, à l'aide de l'index et du médius droits, guidés par leurs seules

que l'on puisse tomber par hasard sur un échantillon dangereux. Le catgut, ne pouvant supporter ni dans l'huile ni à sec les températures de 120° et de 150°, nécessaires pour assurer la destruction de toutes les spores qu'il peut renfermer, doit être ou proscrit et remplacé par la soie, si facile à stériliser, ou préparé par une macération de plusieurs mois dans l'huile de genévrier phéniquée à 1/10e. Il est prudent, avant de l'employer pour les laparotomies, d'en vérifier la stérilisation par des cultures dans la gélatine-peptone et l'introduction dans le péritoine de cobayes et de lapins.

Aussi beaucoup de chirurgiens sont-ils arrivés, comme nous-même, à employer exclusivement la soie. Toutefois, cette dernière, comme toutes les substances non résorbables, expose quand elle s'infecte, et cela est possible, surtout au cours des laparotomies laborieuses pour pyo-salpinx, à des fistules, intarissables tant que l'anse de fil complète n'est pas sortie spontanément ou n'a pas été enlevée par le chirurgien. Cette petite opération peut être délicate, quand il s'agit de nœuds profondément situés.

sensations tactiles. C'est même à cette pratique que nous avons dû trois de nos insuccès, et, si l'ablation des poches pelviennes épaisses et très adhérentes est inoffensive, quelle qu'en soit la difficulté, quand il s'agit de kystes hématiques ou non suppurés des annexes, il n'en est pas de même quand le contenu est très virulent, par exemple lorsqu'il est riche en streptocoques ou en autres bactéries franchement pyogènes. Cette décortication des poches pelviennes est surtout intéressante lorsqu'il s'agit de ces kystes purulents ou hématiques que nous avons signalés plus haut, et qui, développés primitivement dans la trompe, se sont insinués entre les feuillets de son mésentère péritonéal et sont devenus de véritables kystes intra-ligamentaires. Ces poches ne peuvent être isolées qu'après l'incision de la séreuse qui les recouvre.

Au cours des 48 castrations bilatérales que nous avons pratiquées par la laparotomie, nous avons fait chez 24 malades l'ablation de poches énormes et à parois épaisses, dépendant le plus souvent de la trompe, et contenant 6 fois un sang noirâtre et 18 fois une grande quantité de pus. La plupart de ces tumeurs étaient simplement adhérentes au péritoine pariétal du petit bassin, les autres sous-péritonéales et incluses dans le ligament large, comme nous l'avons mentionné. Une seule de nos malades était atteinte d'ovaro-salpingite tuberculeuse bilatérale compliquée d'ascite : l'épanchement se reproduisit peu après l'opération et la malade, opérée trop tardivement, n'éprouva aucune amélioration de son état général.

Deux autres malades, atteintes de tuberculose pulmonaire peu avancée, obtinrent, au contraire, le plus grand bénéfice de l'intervention, car la disparition de leurs souffrances continuelles leur permit de lutter avec avantage contre leur affection pulmonaire. Les lésions tubo-ovariennes, dans ces deux cas, n'étaient pas tuberculeuses.

Nous avons pratiqué 13 fois l'*hystéropexie* par le procédé de Terrier : suture de l'utérus à la paroi abdominale antérieure aussi haut que possible par 3 ou 4 fils de catgut ou de soie. Notre 1er cas date de 1886. Ayant fait 3 autres hystéropexies par le même procédé chez 3 opérées de kystes de l'ovaire atteintes de prolapsus, nous pouvons juger, d'après 16 observations personnelles, de la valeur de cette opération. Le résultat s'est montré satisfaisant dans 7 cas où l'utérus n'était pas douloureux par lui-même; les annexes avaient été enlevées des deux côtés. 5 autres opérées de castration bilatérale et d'hystéropexie souffrirent encore pendant plusieurs mois; les douleurs disparurent chez 3 d'entre elles; les deux autres durent subir ultérieurement l'hystérectomie vaginale et furent guéries par

cette nouvelle intervention. Parmi les 4 autres cas, nous comptons une jeune fille opérée, en raison de son âge et de l'unilatéralité des lésions, d'ablation des annexes d'un seul côté et d'hystéropexie, avec excellent résultat, bien qu'elle soit très nerveuse, et une hystéropexie simple, dans un cas analogue, où les annexes étaient saines (rétroversion et prolapsus) ; une hystéropexie secondaire chez une opérée de castration bilatérale, qui présenta plus tard, après avoir abusé de travaux pénibles, un prolapsus utérin douloureux et put reprendre sans la moindre souffrance, quelque temps après la deuxième opération, ses travaux de femme de ménage ; et enfin une hystéropexie simple chez une jeune femme mariée et n'ayant qu'un enfant et atteinte d'une rétroversion utérine qui rendait la station debout presque impossible. Le résultat fut également satisfaisant.

De ce qui précède, nous conclurons que l'hystéropexie, pratiquée par le procédé de Czerny ou de Terrier, est une excellente opération quand il s'agit de prolapsus ou de rétroversion non compliqués de métrite douloureuse. L'utérus doit être fixé aussi haut que possible. L'hystéropexie est aussi inoffensive que l'opération d'Alexander et n'expose pas aux insuccès si fréquents de cette dernière, qui souvent n'amène aucun changement dans la situation défectueuse de l'organe. Elle est donc l'opération de choix chez les femmes jeunes dont les annexes sont saines. Les sutures perdues à la soie, telles que nous les pratiquons, assurent une fixation définitive de l'utérus, sans entraver en rien le fonctionnement du réservoir urinaire. Nous avons constaté toutefois que cette opération, en rapprochant l'utérus au contact de la vessie et de la symphyse, n'élevait pas notablement le col, qu'on rencontre parfois au toucher à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement en suivant du doigt la colonne antérieure du vagin. Chez les femmes d'un certain âge, atteintes de rétroversion douloureuse ou de prolapsus, et chez celles où les annexes sont profondément altérées des deux côtés, nous préférons, dans le premier cas, l'hystérectomie vaginale; dans le second, la colpo-périnéoraphie antérieure et postérieure, combinée ou non, suivant les indications opératoires particulières à chaque cas, à l'hystérectomie.

Huit de nos opérées pour fibromes adhérents compliqués d'ovaro-salpingite bilatérale, et que nous avons suivies depuis longtemps, ont obtenu de leur opération les meilleurs résultats. L'ablation complète des annexes des deux côtés a été dans presque tous ces cas extrêmement laborieuse, la tumeur utérine étant fixée par des adhérences anciennes de pelvi-péritonite, et les annexes se trouvant parfois en-

clavées au fond du petit bassin entre la tumeur et les parois pelviennes. Nous n'avons pratiqué la castration pour fibromes que dans les cas où la tumeur se montrait inextirpable ou partout adhérente. Les résultats ont été excellents, tant pour la sédation des douleurs que pour la disparition définitive des pertes sanguines et la diminution du volume des fibromes. L'un d'eux, presque fluctuant et aréolaire, donna lieu, après l'opération, à un abondant écoulement vaginal séro-sanguinolent, qui dura 4 semaines. La tumeur pendant ce temps diminua de moitié.

Nous avons presque constamment observé, de 24 à 36 heures après les opérations de castration bilatérale, l'apparition d'un écoulement sanguin, qui durait de 3 à 5 jours, comme un véritable molimen menstruel; cet écoulement sanguin est bien un phénomène réflexe de la castration tubo-ovarienne bilatérale, puisqu'il s'est produit chez trois femmes que nous avions opérées intentionnellement 2, 3 et 4 jours après la cessation de leurs règles.

Les résultats éloignés de nos laparotomies pour lésions des annexes se sont montrés d'autant plus satisfaisants que nous avons revu nos opérées plus longtemps après l'opération ; toutefois nous verrons, en passant en revue nos hystérectomies vaginales, que nous avons dû ultérieurement enlever l'utérus à 10 femmes, laparotomisées autrefois, dans un cas par Polaillon, et 9 fois, par nous-même.

Chez celles, au nombre de 2, qui avaient subi l'hystéropexie, il nous a fallu des tractions énergiques sur l'utérus pour le détacher de la paroi abdominale antérieure.

Nos opérées d'ablation bilatérale des annexes n'ont pas revu leurs règles : 2 d'entre elles ont présenté au cours des premiers mois qui suivirent l'opération deux ou trois hémorrhagies utérines sans importance; une 3e perdit à deux reprises du sang par le rectum, sans présenter d'hémorrhoïdes appréciables; ces rectorrhagies ne se sont pas reproduites depuis près de 4 ans. Une autre eut sans régularité des pertes utérines telles que l'hystérectomie dut être faite d'urgence. En général les bouffées de chaleur au visage se sont montrées constantes et comme supplémentaires des règles pendant les 4 ou 5 premiers mois. Nos opérées de castration unilatérale ou d'adhérences pelviennes ont revu leurs époques régulièrement et sans souffrances, à l'exception d'un seul cas où nous avons dû enlever ultérieurement par le vagin l'utérus et une salpingite purulente fistuleuse dans la vessie. Aucune de ces femmes, eussent-elles subi la simple destruction des adhérences pelviennes pratiquée dans le but d'obtenir la « restitutio ad integrum» des annexes, n'est devenue enceinte.

Les 6 cas de mort que nous avons signalés plus haut nous donnent exactement une proportion de 10 °/o, proportion que ne nous eût

certainement pas donné, comme nous le verrons plus loin, l'hystérectomie vaginale. Nous avons vu toutefois que, sans nos accidents dus au catgut, nous n'aurions probablement perdu que 3 malades, soit 5 °/₀.

c). *Hystérectomies vaginales.* — Nous avons pratiqué 89 opérations d'hystérectomie vaginale dans des cas où d'autres chirurgiens eussent fait sans exception la laparotomie. Ces opérations de castration vaginale n'ont donné que 4 insuccès, proportion très faible, étant donné que beaucoup d'entre elles ont été faites sur des malades dont la situation était presque désespérée.

Notre première opération d'hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes et pelvi-péritonite date du 3 décembre 1887. Il s'agissait d'une femme de 45 ans environ, atteinte de pelvipéritonite aiguë et présentant une température de 40°. Les accidents, loin de s'amender, devenant plus inquiétants, nous dûmes intervenir d'urgence, sans pouvoir attendre, comme nous l'aurions désiré, une accalmie relative.

On percevait, au toucher et au palper combinés, dans l'intervalle des vomissements, un utérus gros et douloureux, surmonté latéralement de deux petites tumeurs très sensibles, dépendant des annexes. Le ventre était ballonné.

La laparotomie nous semblant contre-indiquée, en raison des lésions de l'utérus lui-même et de la gravité de l'état général, nous avons décidé de faire la castration totale par le vagin, opération que nous avons déjà pratiquée, peu après nos premières hystérectomies pour cancer, pour des fibromes enclavés, compliqués, dans un cas, de kyste des annexes.

L'utérus fut sectionné longitudinalement. Les annexes, détachées avec soin de leurs adhérences, furent attirées à la suite de l'utérus, les kystes purulents évacués au fond du vagin et les deux poches ovariennes extraites en totalité, ainsi que les trompes, à la suite de l'utérus, grâce à l'application au-dessus d'elles de nos pinces à mors élastiques. Il s'agissait d'ovarites suppurées consécutives à une métrite interne (blennorrhagique ?) compliquée de gigantisme utérin et de pelvi-péritonite. Le tissu utérin lui-même était comme ramolli (métrite parenchymateuse).

Nous avons ultérieurement remarqué, dans des cas analogues, combien ces utérus, atteints de métrite totale (inflammation de la muqueuse, du parenchyme utérin et du péritoine qui le recouvre), se montraient friables et donnaient peu de prise aux pinces à griffes.

Parmi nos 89 interventions vaginales, 4 fois seulement il a été impossible d'enlever la totalité de l'utérus, en raison de l'étendue des adhérences et de la gravité de l'état général : il eût été à la fois dangereux et inutile de prolonger l'opération. Deux de ces malades étaient atteintes de poches purulentes énormes, dépassant le détroit supérieur et ouvertes à plusieurs reprises dans le rectum. L'une d'elles était âgée de près de 65 ans. Chez les 85 malades où l'ablation de l'utérus a été complète, c'est à peine si 4 ou 5 ont conservé quelques fragments des annexes, impossibles à attirer au dehors en raison de leur situation élevée et de la solidité de leurs adhérences. Dans de pareils cas il est préférable de ne pas faire trop de dégâts et de s'arrêter à temps, sous peine d'aggraver notablement le pronostic de l'opération. Nous avons signalé 3 de ces cas au 5e Congrès français de Chirurgie; deux fois il s'agissait de tumeurs friables des annexes d'un côté, tumeurs du volume d'une tête de fœtus, et sur lesquelles dérapaient les pinces à griffes. Ces 2 malades, opérées depuis près de 3 ans, sont en parfait état de santé, et les tumeurs se sont atrophiées. Depuis plus de deux ans nous avons toujours fait l'ablation totale des annexes.

Vingt-huit de nos opérées étaient atteintes de fibromes ayant déterminé pour la plupart les accidents les plus variés de pelvi-péritonite ou même de suppuration; cinquante et une des diverses formes d'ovaro-salpingite, compliquées de métrites douloureuses ou hémorrhagiques, de déplacements utérins rebelles à tout traitement, et de lésions péri-utérines. Une seule fois nous dûmes pratiquer une deuxième intervention; nous avons signalé ce cas au cinquième Congrès de Chirurgie. Il s'agissait d'une hystérique de près de 40 ans, opérée par le vagin d'un hémo-salpinx, sans ablation totale de l'utérus. La première opération n'amena que pendant trois mois la sédation des accidents locaux et généraux, et une simple destruction d'adhérences par la laparotomie suffit pour déterminer une guérison radicale. La 1re opération n'avait été que partielle.

L'un des résultats les plus intéressants que nous ayons obtenu est la guérison presque inespérée d'une femme, atteinte à chaque époque menstruelle d'une poussée de broncho-pneumonie grave, avec courbe thermique au-dessus de 39°, et de temps à autre des poussées concomitantes de pelvipéritonite autour d'un volumineux fibrome utérin. Chaque attaque de bronchite durant 15 jours au moins et les quintes de toux se montrant presque continuelles, nous dûmes faire l'hystérectomie vaginale dans les plus mauvaises conditions ; un fragment d'ovaire très haut situé et trop adhérent fut

laissé avec une petite portion de la trompe et de la corne utérine correspondante. L'opération amena la disparition de tous les phénomènes locaux et réflexes, à tel point que, malgré la persistance momentanée d'un semblant de flux menstruel, cette personne put reprendre ses occupations habituelles et même faire pour le plus grand bien de sa santé d'assez longs voyages. Cette opération date du mois d'avril 1888.

Les résultats définitifs de l'opération furent tout aussi satisfaisants chez les 10 malades opérées antérieurement de laparotomie, et qui ont dû subir l'ablation de l'utérus demeuré enflammé et douloureux. Dans un cas d'hystérie grave, l'hystérectomie seule amena la disparition définitive des douleurs abdominales et des crises momentanément reparues.

Nous donnerons plus loin les détails de notre procédé d'hystérectomie vaginale, que nous employons depuis mars 1887 pour le cancer, que nous avons appliqué le 16 mai suivant à la castration totale pour fibromes et le 3 décembre 1887 au traitement d'une double ovaro-salpingite suppurée. Ce procédé diffère absolument, comme on le verra, du procédé de Péan, suivi et préconisé par Segond, procédé qui, d'ailleurs, n'a été publié qu'en 1890.

III. Conclusions.

Les résultats des 157 opérations que nous venons de passer en revue nous permettent de tirer les conclusions suivantes.

1° L'*incision simple des foyers inflammatoires* est un excellent mode de traitement des lésions péri-utérines unilatérales bien localisées, à condition que les foyers ne soient pas ouverts préalablement dans l'intestin ou la vessie. Le tamponnement aseptique de la plaie, dans toute sa profondeur, est bien supérieur au simple drainage. La compresse de gaze stérilisée, que nous employons en pareil cas, doit être enlevée du 3e au 7e jour; le tamponnement n'est continué quelque temps qu'au cas où la suppuration est ancienne et les parois du foyer épaisses et indurées; dans les autres cas, la réunion secondaire sans suppuration suit de quelques jours l'ablation de la compresse. Nous avons abandonné depuis longtemps la gaze iodoformée, en raison de son odeur désagréable et de son inutilité; une compresse de gaze stérilisée, imbibée, dans les cas où le pus est très virulent, d'une solution de phénol à 1/20e, et fortement exprimée, la remplace avantageusement.

L'incision simple des foyers péri-utérins doit se faire de préfé-

rence par la voie inguino-sous-péritonéale. Certaines péri-métrites suppurées viennent également faire saillie sur la ligne médiane et peuvent être ouvertes avantageusement par une incision médiane sus-pubienne, comme nous en avons observé quelques exemples; la poche est dans ces cas parfaitement limitée par les adhérences péritonéales, et l'opération, si l'on sait choisir l'endroit opportun, se réduit à une simple ouverture d'abcès, compatible avec la « restitutio ad integrum » des annexes, si toutefois les lésions le comportent. Les malades que nous avons observées ne sont pas, en effet, devenues enceintes ultérieurement.

Quant à l'incision vaginale, que faisaient Chassaignac, Bernutz et bien d'autres prédécesseurs de Laroyenne, elle doit être faite, lorsqu'elle est indiquée, non pas d'une façon aveugle, c'est-à-dire à l'aide d'un trocart et d'une sorte de contrefaçon du lithotome classique qui n'a d'original que son application bizarre et sa nouvelle dénomination de métrotome, mais chirurgicalement, à *l'aide de bons écarteurs, d'un bistouri et de longues pinces coudées*, destinées à l'exécution d'un tamponnement méthodique du foyer suppuré.

2° La *laparotomie* est une excellente opération quand l'affection est unilatérale et que le kyste est peu ou point adhérent; la laparotomie permet en effet l'ablation unilatérale des annexes ou même des opérations partielles sur l'ovaire et la trompe, suivies de suture de ces organes ou de simples cautérisations directes au thermocautère. L'hystéropexie peut amener à elle seule une guérison durable dans certains cas, sans attenter à la fonction utéro-ovarienne. Cette opération est le véritable traitement de la rétroversion douloureuse non compliquée de métrite grave et de lésions des annexes. La destruction simple d'adhérences péri-utérines, avec ou sans ablation de petits kystes séro-sanguinolents multiples du petit bassin, peut amener la disparition des douleurs et la résolution d'énormes plastrons péri-utérins, tout en permettant la conservation des annexes. La laparotomie nous a donné les meilleurs résultats dans bon nombre de cas graves de lésions hémorrhagiques ou suppurées, quelles que fussent les lésions concomitantes de pelvi-péritonite ; une de nos opérées, âgée de 62 ans, a parfaitement guéri ; elle portait une énorme salpingite suppurée. Nous avons également guéri par cette voie des foyers purulents fistuleux dans le rectum et n'avons pu que nous louer de la décortication et de l'extirpation complète des poches pelviennes.

Toutefois la préoccupation de faire l'ablation totale des poches purulentes peut conduire le chirurgien à outrepasser la résistance vitale de ses opérées. La laparotomie offre un autre inconvénient : c'est

qu'elle ne s'attaque qu'aux annexes, à moins d'employer pour l'ablation totale de l'utérus le procédé nouveau d'*hystérectomie abdominale* que nous avons proposé au Congrès de Bruxelles pour les grosses tumeurs et qui est applicable à tous les cas (Voir plus loin).

La laparotomie, telle qu'on la pratique d'habitude pour les lésions des annexes et la pelvi-péritonite, est donc inefficace toutes les fois que l'utérus lui-même est malade: qu'il s'agisse de gigantisme utérin, de métrites invétérées ou même de névralgies rebelles, retentissant soit dans tout le bassin, soit dans la sphère du nerf sciatique, comme nous l'avons trois fois observé.

3° *L'hysterectomie vaginale* est au contraire applicable à tous les cas.

Les 4 insuccès que nous avons signalés sur nos 89 opérations vaginales donnent une proportion de 4,4 %; mais nous devons considérer que nous avons eu 2 insuccès sur les 9 premières opérations, et 2 également sur les 80 suivantes; soit pour ces dernières 2,5 %. Nous pourrions également analyser les causes de ces insuccès, dont 3 ont été purement accidentels et pourraient actuellement être évités. Nous préférons ne pas imiter certains chirurgiens qui escamotent de leurs statistiques les péritonites sous prétexte d'obstruction intestinale ou de choc opératoire ; et, en nous contentant des chiffres ci-dessus mentionnés, nous nous efforcerons de prouver par une nouvelle série d'opérations qu'il est possible de faire mieux.

Actuellement, nous ferons remarquer que l'hystérectomie vaginale, tout aussi bénigne que la laparotomie dans les cas simples, lui est bien supérieure quand il s'agit de lésions suppurées à pus très virulent, et qu'une partie des beaux succès de Lawson-Tait et d'autres chirurgiens était due à ce qu'on rencontre souvent des suppurations où les bactéries ont disparu.

C'est ainsi qu'on a pu prétendre que l'irruption du pus au loin, sur les anses intestinales, n'aggravait en rien l'opération.

Ces chirurgiens ont dû être quelque peu déçus lorsque le pus contenait des gonocoques virulents ou des streptocoques.

Il n'est donc pas besoin d'invoquer en faveur de l'hystérectomie, à l'exemple de Segond, l'absence de cicatrice abdominale, ce détail n'ayant d'importance que pour une certaine catégorie de femmes.

En effet, nous avons de meilleurs arguments, et les résultats comparatifs de la laparotomie et de la *castration totale par le vagin*, comme nous la dénommons depuis 1887, sont trop précis pour permettre la moindre hésitation : c'est un insuccès thérapeutique complet, après une ablation bilatérale des annexes par la laparotomie, qui a conduit

Péan à enlever pour la première fois par le vagin l'utérus adhérent et enflammé (16 février 1886) et à répéter son opération en novembre 1886 et en novembre 1887. Richelot fit également 15 hystérectomies chez des femmes où la laparotomie n'avait amené qu'un soulagement momentané. Si nous ajoutons le résultat de nos observations personnelles (10 hystérectomies faites dans le but de remédier à l'insuffisance de la laparotomie), nous conclurons avec Péan et Segond que la castration totale par le vagin, pratiquée en connaissance de cause, amène presque sans exception la guérison rapide et définitive des lésions inflammatoires péri-utérines, ce qui est loin d'être la règle pour la simple ablation des annexes.

Et si certains spécialistes nous traitent de barbares, nous leur répondront que toutes les femmes n'ont pas à la fois le loisir et « les moyens » de fréquenter deux ou trois fois par semaine et durant plusieurs années des cabinets dits « de Gynécologie » pour en sortir la plus part du temps plus malades qu'au début du traitement. Il est des cas où la mort serait préférable à ces longs mois de souffrances et on nous accordera qu'on ne peut refuser à des femmes qui souffrent continuellement et qui ne peuvent de ce fait ni gagner leur pain, ni élever leurs enfants, le droit de réclamer du chirurgien une guérison à la fois sûre et rapide. Bien mieux, la castration totale par le vagin est dans ces cas le seul mode de traitement vraiment rationnel.

Les ennemis les plus acharnés de l'hystérectomie vaginale pour les lésions inflammatoires de l'utérus, des annexes et de péritoine pelvien sont donc, comme le dit Segond, *ceux qui la connaissent le moins;* et nous affirmons avec Bouilly que, toutes les fois que la lésion est bilatérale et que les annexes des deux côtés doivent être sacrifiés, il est préférable, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, de faire *la castration totale* (1) par le vagin.

§ II. — Affections néoplasiques des annexes et de l'utérus.

L'ovariotomie est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. L'ablation des kystes de l'ovaire ouvrit en effet la voie à l'ablation des tumeurs solides des annexes, puis à l'hystérectomie. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la méthode antiseptique et de la technique opératoire, la laparotomie est pratiquée pour toutes les tumeurs abdominales, qu'elles occupent l'utérus, les annexes, le foie, la rate, le rein, le pancréas, l'épiploon, l'estomac, l'intestin, etc.

(1) Nous verrons plus loin que cette opération, telle que nous la pratiquons, diffère de celle de Péan, qui n'a proposé que la « castration utérine », tandis que nous enlevons, de propos délibéré, depuis 1887, « l'utérus et les annexes ».

I. Néoplasmes des ovaires.

I. — Historique.

Le premier, Schorkopf (1685) prétendit qu'on pouvait guérir, par l'extirpation de la poche, un kyste de l'ovaire. Hunter proposa de ponctionner le sac et de l'attirer au dehors par une ouverture de 2 pouces. Houston (1801), ayant fait une incision de 5 pouces au niveau d'une tumeur ovarienne qu'il ne pouvait vider par la ponction, attira le kyste au dehors et sutura la plaie ; la malade guérit et vécut encore 16 ans. Mac Dowel, du Kentucky, élève de John Bell d'Edimbourg, qui, sans avoir jamais tenté l'ovariotomie, professait le plus grand mépris pour tous les traitements palliatifs, fit le premier, de propos délibéré, l'ablation d'un kyste de l'ovaire (1809). Il obtint, dans sa pratique, 8 guérisons sur 13 opérations. Mac Dowel réduisit le pédicule. Nathan Smith (1822), W. L. Altee (1843) firent également l'ovariotomie, et W. L. Altee commença en 1844 sa remarquable série d'opérations qui atteignit en 1871 le nombre de 246. C'est surtout à la suite des succès de Baker-Brown, de Spencer Wells (1858) et de Kœberlé (1864) que l'ovariotomie se vulgarisa en Europe. Péan prouva par ses succès (1868) que l'opération pouvait être faite à Paris.

Le traitement extra-péritonéal du pédicule fut d'abord assez généralement employé et se montra préférable, avant la vulgarisation de la méthode antiseptique, la suppuration de la ligature étant la cause la plus habituelle de la péritonite post-opératoire. Les chirurgiens d'ailleurs avaient appliqué depuis 1521 le traitement extra-péritonéal du pédicule aux plaies de la rate et Viard et Ballonius (1581), Matthia Colberg (1678), O'Brien (1814) avaient obtenu ainsi la guérison de hernies traumatiques de la rate.

II. — Statistique personnelle.

75 opérations (65 ovariotomies, 9 tumeurs malignes, 1 grossesse extra-utérine).

1° *Ovariotomies.* — Nos ovariotomies proprement dites sont au nombre de 65. Il s'est agi 62 fois de kystes, et 3 fois de fibromes de l'ovaire.

Les kystes de l'ovaire proprement dits sont au nombre de 52, ceux du ligament large, de 10. 3 kystes de l'ovaire étaient suppurés.

Nous avons observé trois kystes dermoïdes chez deux sœurs. L'affection était, chez l'une d'elles, bilatérale, et le pédicule du plus gros kyste était tordu. Presque toujours nous avons observé des lésions bilatérales. Une malade, agée de 65 ans, portait deux kystes énormes, aplatis par pression réciproque, et d'égal volume; ce cas est une exception. Une autre malade présentait à la fois un kyste volumineux et un fibrome calcifié de l'autre ovaire. Le plus souvent il

existait une disproportion notable entre les 2 tumeurs et la seconde ne pouvait être trouvée que par l'exploration méthodique du petit bassin. Nous avons pratiqué l'ablation bilatérale des annexes toutes les fois qu'il existait du côté opposé au plus gros kyste une tumeur néoplasique non douteuse ; c'est le seul moyen d'éviter aux opérées l'obligation de recourir plus tard à une nouvelle laparotomie, nécessitée par l'évolution d'un kyste de l'autre côté.

Nous avons laissé l'autre ovaire chez les femmes jeunes, quand il était normal; il en a été de même chez les personnes d'un âge avancé et qui présentaient un second ovaire rétracté et peu propice à l'évolution d'une nouvelle tumeur. La durée des opérations les plus faciles à varié de 15 à 20 minutes.

16 tumeurs sur 65 (25 %) ne présentaient pas d'adhérences dignes d'être notées.

Dans tous les autres cas, nous avons rencontré des adhérences nombreuses à l'epiploon, au foie, au rein, à l'intestin, etc. Ces dernières existaient sur une grande étendue chez une femme pesant le poids énorme de 140 kilos et qui présentait du sucre dans les urines lors de son entrée à la clinique, 8 jours avant l'opération. Plusieurs chirurgiens avaient refusé de faire dans ce cas l'ovariotomie. L'intestin fut détaché au thermo-cautère, et la malade, qui, avant l'opération, avait suivi un régime approprié, guérit en peu de temps ; elle se porte à merveille depuis plusieurs années. Nous nous sommes toujours rendu maître des adhérences sans grande difficulté, en opérant vite et en détachant rapidement avec les doigts celles qui ne constituent pas pour la tumeur de véritables pédicules vasculaires (1).

Nous lions en général ces dernières une à une et très rapidement, et nous les sectionnons, après avoir appliqué du côté de la tumeur une pince à forcipressure. Ce procédé est plus rapide que la pratique méthodique de l'hémostase préventive, que conseille Péan, et que nous n'employons qu'exceptionnellement ; en effet on est alors gêné au cours de l'opération par les pinces, souvent trop nombreuses, et il faut perdre plus tard un temps précieux pour faire les ligatures.

Parmi les autres complications nous signalerons 6 cas de torsion du pédicule.

(1) Nous avons depnis longtemps l'habitnde d'opérer en nous plaçant à droite de la malade et avec nn seul aide, outre la personne qni donne le chloroforme. Les instruments, fils, compresses, etc., sont à notre portée. Jamais nne troisième personne n'y porte la main. L'aspiration des kystes se fait à l'aide d'une trompe à vide d'Alvergniat qui nous sert également à remplir nos bocaux de liquides antiseptiques. Les bocaux ne sont donc jamais onverts. Ils sont munis de thermo-siphons et de régulateurs. Les compresses et l'eau sont stérilisées par température hnmide de 130°; les instrnments, par la température sèche de 150°, et la soie bouillie avant chaque opération dans l'eau phéniqnée à 1/20°, selon le procédé de Czerny, qui est demeuré de tous le plus sûr.

Les tumeurs étaient de moyen volume. Cet accident a produit la nécrobiose des tumeurs et une péritonite adhésive sans symptômes bruyants. Les malades se plaignaient de douleurs abdominales, présentaient du ballonnement, des vomissements; mais aucune d'elles ne gardait le lit. Dans un de ces 6 cas de torsion du pédicule, il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire; la tumeur était partout adhérente et le péritoine très vascularisé. L'opération se fit en 20 minutes. Plusieurs de nos kystes étaient compliqués d'ascite; mais cette coïncidence est tout particulièrement remarquable dans les cas de tumeurs solides de l'ovaire. 2 de nos fibromes de l'ovaire étaient en effet accompagnés d'ascite et l'épanchement s'était produit si rapidement dans un cas, que la malade, en moins de 4 semaines, fut prise d'étouffements et d'accidents cardiaques qui nécessitèrent l'opération d'urgence. 4 fois le kyste s'était rompu dans le péritoine entre notre premier examen et l'opération : cette rupture a produit une inflammation assez vive de toute la séreuse, qui s'est montrée rouge et vascularisée, aussi bien à la surface de l'intestin qu'au niveau de son feuillet pariétal. La toilette du péritoine a été faite à l'aide de larges irrigations d'eau stérilisée tiède, le liquide visqueux et sanguinolent qui la remplissait jusque dans la concavité du diaphragme ne pouvant s'éponger aisément.

Nos kystes suppurés donnèrent lieu à des complications opératoires assez sérieuses. Des 3 malades, l'une était diabétique; la 2e était atteinte de suppuration pelvienne depuis près de 4 mois, le kyste ayant été infecté par le voisinage d'une salpingite puerpérale suppurée. La 3e, âgée de 25 ans, venait d'accoucher, et le kyste fut infecté de streptocoques à la suite des couches. La 1re fut opérée en pleine péritonite généralisée : il y avait du pus (avec staphylocoques) jusqu'à la face supérieure du foie. Grâce à une toilette péritonéale minutieuse, les accidents immédiats furent conjurés ; mais il se produisit une rechute et la mort survint au bout de 10 jours. La 3e survécut, non sans avoir été d'une faiblesse telle, après l'opération, qu'elle demeura presque sans connaissance pendant 48 heures; la température, de 40° avant l'opération, ne tomba que le 3e jour. Chez ces 3 malades, la suppuration du kyste avait déterminé l'évolution d'une péritonite aiguë dans le premier cas, subaiguë dans les 2 autres. Ces femmes se trouvaient dans la misère physiologique la plus profonde. Nous avions pris soin, avant l'opération, de vider la poche à l'aide d'un petit trocart et de la laver au sublimé à 1/5000e et à l'eau stérilisée (1).

(1) Nous ferons remarquer, qu'à l'encontre de bien des chirurgiens, nous ne considérons comme tumeurs suppurées que celles dont le contenu est réellement purulent, et non pas puriforme; nous avons observé dans ces 3 cas : 1 fois le Streptocoque, 2 fois le Staphylocoque.

Nous lions en général le pédicule en masse ; le fil est ensuite passé à 1 ou 2 reprises au travers du pédicule, au delà de la 1re ligature, et lié de nouveau (Voir *Fig.* 7). La section se fait à 8 ou 10 mill. de là.

Ainsi la ligature ne peut s'échapper, et il n'y a pas à craindre de blesser, en transperçant primitivement un pédicule très vasculaire, une grosse veine, dont l'hémostase est alors fort laborieuse.

Nous signalerons encore, au point de vue du manuel opératoire, un artifice très précieux dans certains cas où les adhérences supérieures du kyste sont nombreuses et difficiles à atteindre. Sans nous préoccuper de ces dernières, nous allons à la recherche du pédicule utérin de la tumeur et nous le sectionnons tout au début de l'opération. Le kyste se trouve ainsi mobilisé et sa libération définitive n'est plus qu'un jeu.

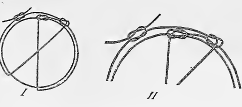


Fig. 7. — Ligature du pédicule ovarique. — *Légende :* I, nœud dans son ensemble; ligature circulaire, puis ligature hémicirculaire faite avec les extrémités du premier fil; enfin ligature analogue, au sortir du 2e nœud. II, détails de chaque nœud.

Nous ne faisons la toilette du péritoine que s'il a été contaminé au cours de l'opération par du sang ou du liquide visqueux ; nous employons à cet effet de l'eau stérilisée à 130° et refroidie à la température de 40 à 45°. Toutes les fois que l'opération est simple, nous négligeons la toilette de la séreuse et nous refermons simplement le ventre par une suture à étages, en prenant soin de retirer une à une les compresses stérilisées qui ont protégé l'intestin pendant l'opération. Nous réduisons toujours le ou les pédicules et nous faisons au thermo-cautère la section de la trompe, sa muqueuse pouvant être infectée. 4 fois seulement, nous dûmes par nécessité suturer à la paroi ce que nous n'avions pas pu réséquer de la poche.

Nos opérations d'ovariotomies nous ont donné des résultats très satisfaisants, puisque sur 65 opérations nous n'avons perdu que 3 opérées. Deux de ces dernières étaient les 2 premiers cas de kystes suppurés et compliqués de péritonite que nous avons signalés ; la 3e a été enlevée par une broncho-pneumonie double, après un opération des plus simples qui dura à peine 15 minutes : elle était âgée de 75 ans. De telle sorte que, parmi nos 61 opérées de tumeurs non suppurées et âgées de moins de 75 ans, nous n'avons pas eu d'insuccès. Plusieurs de ces femmes avaient plus de 60 ans et nous avons rencontré chez elles les complications opératoires les plus sérieuses. Les cas de guérison les plus remarquables sont ce kyste énorme et partout adhérent, chez une femme d'une cinquantaine d'années ayant, 8 jours avant l'opération, du sucre dans les urines,

et pesant 140 kilos, dont nous avons cité le cas plus haut ; puis un kyste très adhérent du ligament large, chez une femme de 63 ans.

Nous avons noté la fréquence relative de la névralgie sciatique dans les cas de petites tumeurs enclavées et enflammées du petit bassin ; nous l'avons également rencontrée chez des femmes atteintes de métrites invétérées à forme névralgique, et dans un cas de gros kyste ovarique presque sans adhérences. L'ovariotomie ou l'hystérectomie ont fait disparaître à tout jamais ces sciatiques, traitées en vain depuis nombre d'années par tous les moyens médicaux.

2° *Tumeurs malignes.* — Nous avons opéré 9 cas de tumeurs de mauvaise nature qui se répartissent ainsi : 4 malades présentaient des tumeurs végétantes compliquées d'ascite (épithéliomas cylindriques). Chez deux de ces femmes, la présence d'un kyste avait été constatée dans un examen antérieur. Les végétations intra-kystiques se sont inoculées au péritoine à la suite de la rupture d'une des loges. Dans le 3e cas, il restait manifestement des débris de la poche. La 4e malade avait supporté de mois en mois, non sans s'épuiser, près de 70 ponctions de 30 à 35 litres chacune et représentant environ 2000 litres de liquide ; la tumeur végétante remplissait le petit bassin. Le péritoine pariétal avait subi la transformation fibro-cartilagineuse, et avait une épaisseur régulière de 6 à 8 millimètres. Cette malade a succombé. Il en fut de même chez une autre, qui était atteinte de kyste dégénéré du ligament large, compliqué d'ascite et de péritonite (1)

(1) Nous avons observé un cas analogue de péritonite viscérale scléreuse compliquée d'ascite chez un jeune homme (Voir *Fig. 8*, ci-contre.)

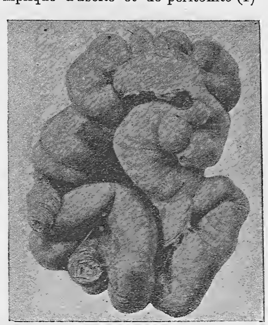


Fig. 8. — Péritonite chronique, fibreuse et rétractile, consécutive à une diarrhée prolongée. Le vide produit dans la cavité péritonéale par la rétraction de la masse intestinale était rempli par 6 à 8 litres de liquide ascitique. (Masse intestinale d'après une photographie).

chronique, avec sclérose et induration du péritoine pariétal et viscéral: l'ascite évacuée, et la tumeur extirpée, les intestins se trouvèrent rétractés sous le diaphragme, de telle sorte qu'il resta à l'emplacement du kyste un vide énorme et impossible à combler. Une 6e malade présentait une tumeur maligne et des accidents fébriles qui avaient fait songer à une collection suppurée. Les 3 dernières étaient atteintes de tumeurs mal limitées. Terrier, chez l'une d'elles, avait pensé à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire; il s'agissait de masses colloïdes (1) diffuses, qui donnèrent lieu à des interventions incomplètes; c'est la plus âgée de ces femmes qui survécut le plus longtemps (près de 18 mois). Deux de nos opérées de tumeurs végétantes restent sans récidive.

3° *Grossesse extra-utérine.* — Nous terminerons cette série de laparatomies en mentionnant un cas de grossesse extra-utérine abdominale; le fœtus remua jusqu'à 9 mois et l'opération ne fut pratiquée que 4 mois plus tard: il n'y avait plus trace de liquide amniotique. La malade quitta la clinique au bout de 3 semaines.

Si nous récapitulons les résultats de ces 75 cas, nous trouvons en bloc 6 morts opératoires, qui se répartissent ainsi :

62 tumeurs non suppurées des ovaires et des ligaments larges (59 kystes, 3 fibromes): 1 mort, 75 ans, broncho-pneumonie (kyste sans adhérences).

3 tumeurs suppurées, compliquées dans un cas de diabète, dans un autre d'abcès de la trompe, et chaque fois de péritonite subaiguë généralisée: 2 morts. La malade qui guérit, âgée de 25 ans, demeura près de 48 heures après l'opération presque sans connaissance; la température, de plus de 40° au moment de l'intervention, ne tomba que le 3e jour.

9 tumeurs de mauvaise nature : tumeurs végétantes avec ascite ou péritonite chronique; cancer colloïde : 3 morts. 2 de ces opérées vivent encore (tumeurs végétantes avec ascite); deux autres ont eu une survie de plus d'un an (1 tumeur végétante et 1 cancer colloïde enkysté (60 ans).

(1) Nous avons observé également chez un homme d'une cinquantaine d'années un cancer colloïde du péritoine, dont le point de départ n'a pu être déterminé au cours de l'opération.

II. Affections néoplasiques de l'utérus.

Nous diviserons les 120 opérations qui s'y rapportent en 3 catégories :

1° Les *hystérectomies abdominales,* c'est-à-dire les laparotomies (47) ; 2° Les *hystérectomies vaginales* (51) ; 3° Les *hystérotomies* ou simples incisions de l'utérus (22).

I. — Historique.

L'ablation totale de l'utérus fut pratiquée bien avant l'ovariotomie, mais par les voies naturelles ; et, de même qu'on faisait dès le XVI[e] siècle, l'ablation de la rate dans les cas de hernies traumatiques de cet organe, plusieurs chirurgiens eurent la hardiesse de tenter l'extirpation d'une partie ou de la totalité de l'utérus prolabé et faisant saillie à la vulve. Il s'agissait le plus souvent de cas d'inversion utérine compliquée de gangrène. Schenk, de Grafenberg, nous dit Hégar, réunit, en 1600, 20 opérations d'hystérectomies. La première hystérectomie pour cancer fut pratiquée par Andréas à Crucé, en 1560. Toutefois, nous ne pouvons envisager cette opération qu'à partir de l'époque où on tenta de la faire, non plus par nécessité, mais de propos délibéré.

Les opérations de Marshall (1783) et de Langenbeck (1813) ont été faites toutefois dans des cas d'inversion et paraissent ne pas avoir été des cas d'extirpation totale (Hégar, p. 324).

La première ablation d'un utérus non prolabé appartient à Sauter, de Constance (1822). Le vagin fut simplement tamponné avec de la charpie et la malade guérit de l'opération. Blundell (1828) eut également un succès dans un cas de cancer. Récamier, le premier, fit la ligature préventive des ligaments larges et guérit également la malade (1829).

L'année suivante (1830), Delpech recommanda un procédé mixte et conseilla de combiner la laparotomie à l'hystérectomie vaginale ; de nouvelles guérisons d'hystérectomie vaginale furent publiées ensuite par Kieter, de Kasan (1848) et par Hennig (1876); ce dernier enleva avec succès par le vagin, pour remédier à des métrorrhagies graves, l'utérus, et avec lui l'ovaire et la trompe gauches.

a) Hystérectomie abdominale. — L'histoire de l'hystérectomie abdominale est plus récente et ne remonte qu'à 1825. Les premiers ovariotomistes, Lizars (1825), Dieffenbach (1826), Altee (1849-1851) rencontrèrent parfois des tumeurs solides de l'utérus au lieu de kystes : ils refermèrent le ventre. Sur 14 faits de ce genre, 5 furent mortels (Pozzi, p. 297). Granville (1837) tenta sans succès d'enlever une tumeur sous-séreuse pédiculée. Altee réussit en 1844. La première guérison d'une amputation partielle de l'utérus par la

laparotomie appartient à Burnham (1853), mais il croyait avoir affaire à un kyste. Kimball, au contraire, fit de propos délibéré et avec succès la même opération (1855). Le second, Kœberlé opéra après un diagnostic raisonné (1863) ; il avait déjà fait 9 hystérectomies abdominales, quand Péan pratiqua sa première opération en 1869. Les noms de Kœberlé et de Péan sont liés à l'histoire de l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Ces deux chirurgiens, en préconisant la ligature métallique faite à l'aide du serre-nœud de Cintrat et l'emploi des broches d'acier, établirent cette opération sur de véritables bases scientifiques.

Porro (21 mai 1876) substitua de propos délibéré à l'opération césarienne l'amputation supra-cervicale de l'utérus. Il sauva la mère et l'enfant. Son opération eut un grand retentissement et rentra dès lors dans les indications chirurgicales des rétrécissements du bassin chez les femmes enceintes. Fochier (de Lyon), Tarnier, Lucas-Championnière furent les premiers chirurgiens qui firent en France l'opération de Porro, dont nous avons pu nous-même apprécier la valeur. (Voir, plus loin, nos opérations personnelles.)

La ligature élastique provisoire fut employée pour la première fois par Kleberg, d'Odessa (1875), et proposée en 1878 par Martin au Congrès des naturalistes allemands à Cassel. Hégar substitua au fil de fer le fil élastique pour l'hémostase définitive du pédicule (1879).

La réduction du moignon cervical, évidé et suturé, fut proposée par Schrœder au Congrès de 1878 à Cassel et plus tard, en 1880, par Spencer Wells, qui ne connaissait pas les opérations de Schrœder. Vers la même époque Czerny (1879), Kaltenbach (1881) tentèrent la ligature élastique perdue, qui fut préconisée tout particulièrement par Olshausen en 1884. Les accidents observés à la suite de la réduction du pédicule par l'un ou l'autre procédé engagèrent Meinert, d'Odessa (1885), à ouvrir le cul-de-sac de Douglas, pour faire passer le pédicule par le vagin. Son unique opération fut un insuccès. Wœlfler et Von Hacker, assistants du Prof. Billroth, proposèrent pour plus de sécurité de traiter le pédicule par le procédé de Schroeder, et, au lieu de le réduire, de le fixer par des points de suture au contact de la paroi abdominale ; la partie correspondante de la suture pariétale était tamponnée à la gaze iodoformée, ou drainée. Saenger (1886) proposa d'isoler le pédicule en suturant au-dessus de lui le péritoine pariétal. Saenger avait réussi par ce procédé à réhabiliter l'opération césarienne et les succès qu'il obtint par sa méthode de section et de suture de l'utérus permirent désormais de choisir, suivant qu'il y avait ou non indication de conserver l'utérus, entre l'opération de Saenger et l'opération de Porro.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule à l'extirpation totale de l'utérus par la laparotomie, il n'y avait qu'un pas; et l'opération proposée tout d'abord par Delpech en 1830 fut préconisée de nouveau en 1878 par Freund pour l'ablation de l'utérus cancéreux.

L'opération de Freund donna des résultats déplorables, et, malgré les tentatives de Rydygier, Schrœder, Mac-Cornac, etc., on enregistra une telle proportion d'insuccès que cette méthode tomba dans le discrédit le plus complet. Hégar et Kaltenbach, sur 119 cas, ont noté 85 morts, soit 72 °/₀, et l'hystérectomie abdominale, abandonnée pour le cancer, tomba dans l'oubli durant plusieurs années.

Toutefois quelques chirurgiens tentèrent l'ablation totale de l'utérus par la méthode mixte (voie abdominale et vaginale combinées) dans des cas bien déterminés, tels que que la coexistence d'un utérus gravide et d'un cancer du col très étendu. On pratiquait l'amputation supra-vaginale de l'utérus, et le moignon, enserré par un fil élastique, était extirpé par le vagin. Péan (1886 et 1887), Lister, Bouilly (1890) et nous-même (1887) fîmes cette opération. Il s'agissait dans ce cas d'un cancer déterminant des accidents graves et compliqué de grossesse au 8e mois. Cette tentative ne fut pas suivie de succès, pas plus que deux opérations de Freund pour cancer, que nous avions pratiquées en 1886 avec le Dr Decès, de Reims.

L'opération de Freund devait être cependant réhabilitée, non pas pour le cancer, la voie vaginale étant devenue la meilleure pour les petites tumeurs utérines, mais pour les fibromes volumineux.

Martin, qui pratiquait de préférence, quand faire se pouvait, l'énucléation des myomes interstitiels (1878), préconisa en 1889 l'hystérectomie totale par la voie vaginale et abdominale combinées.

Nous avons vu Martin opérer à Bruxelles devant les membres du Congrès avec l'habileté qui lui est connue. Les ligaments larges furent liés en étages, à la manière de Freund, le col évidé, et le faisceau de fils, dont le nombre n'était pas moindre de 25 ou 30, fut habilement passé par le vagin. Le péritoine pelvien fut refermé et la plaie abdominale suturée. La malade guérit.

Guermonprez, en France, a voulu rééditer comme nouveau le procédé de Freund. Les opérations du médecin lillois (3 cas avec 2 insuccès) ayant trouvé quelque écho, sans doute parce qu'on les avait imparfaitement analysées, nous croyons devoir les commenter en détail, afin d'en faire ressortir l'absence d'originalité comme l'imperfection flagrante, tant au point de vue des indications opératoires que des détails même de l'intervention.

Guermonprez a présenté à l'Académie un « *procédé probablement nouveau* » d'hystérectomie totale par la laparotomie.

Obs. I. — Col non visible au spéculum et dirigé en arrière.
« Utérus *enclavé et trop étroitement fixé* pour permettre un abaissement qui serait d'ailleurs entravé *par le volume de la tumeur*. » (Nous verrons plus loin que l'utérus était au contraire presque normal et qu'il a été attiré sans difficulté hors de la plaie.)
Opération. — Incision médiane partant du milieu de l'espace compris entre le sternum et l'ombilic et se continuant jusqu'au pubis. (Quelle incision pour sortir un utérus qui ne faisait même pas saillie au-dessus du pubis!)
1°) « La main amène la tumeur avec une relative facilité entre les lèvres de la plaie.
2°) Hémostase préventive, forcipressure, et section des ligaments larges au ras de l'utérus.
3°) Traction de l'utérus en haut, et section transversale du repli vésico-utérin. Isolement de la vessie.
4°) Perforation du cul-de-sac vaginal antérieur avec une sonde cannelée qui est conduite en arrrière à travers le vagin et perfore le cul-de-sac de Douglas.
5°) Amputation supra-cervicale de l'utérus. Ablation des annexes, et extraction finale du col utérin.
6°) Lavage du péritoine, tamponnement du vagin, fermeture du ventre. »

La durée de l'opération n'est pas notée. La 1re malade guérit.

La seconde opération dura 2 heures et l'opérée succomba, malgré la simplicité du cas.

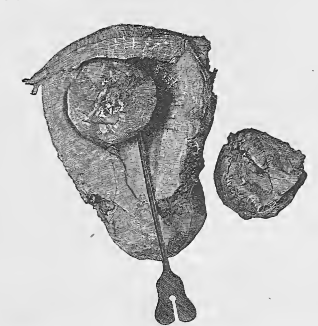


Fig. 9. — Utérus enlevé par M. le Dr Guermonprez (de Lille), d'après une photographie. — La sonde cannelée est placée dans la cavité de l'utérus. A côté, moignon cervical.

Nous ferons grâce au lecteur des détails de ce 2e cas, où l'opérateur faillit perforer la vessie et se reprit jusqu'à 5 ou 6 fois pour pratiquer l'hémostase des moindres artères.

Mais la critique la plus sévère de ces opérations résulte du seul examen d'une figure de Guermonprez que nous reproduisons ici. En effet, la sonde cannelée (Voir *Fig.* 9) est le témoignage irréfutable des dimensions des utérus enlevés, qui étaient à peine augmentés de volume. Les autres tumeurs étaient identiques ou peu s'en faut.

L'hystérectomie vaginale n'eût demandé que quelques minutes et se trouvait seule indiquée, si tant est qu'il était utile de faire l'ablation totale de l'utérus. Et tout au moins, pour la 2e malade, rien n'eût été plus aisé que d'extraire avec l'aide d'une simple dilatation ou d'une incision du col le petit fibrome sous-muqueux figuré. (Voir Guermonprez, fig. 4, p. 23, et ci-contre *Fig.* 9.) Cette personne est morte.

M. Guermonprez a cru devoir joindre à sa brochure une observation de M. Lannelongue de Bordeaux, qui a enlevé par son procédé « d'hystérectomie abdominale en deux temps » un utérus de 9 kil., contenant dans sa paroi des fibromes et tout particulièrement un « fœtus de 4 mois », dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. Il est cependant noté que la malade, bien réglée jusqu'en mars 92, avait cessé de l'être « exactement 4 mois avant l'opération, qui eut lieu le 6 juillet » et que le ventre avait pris rapidement un volume considérable : détail peu compatible avec le développement d'un fibromyome. La malade allait bien le 10e jour. Espérons qu'elle n'a pas succombé depuis. A propos de ce cas, M. Lefèvre de Bordeaux insiste sur l'arrêt brusque des règles, qui, d'après lui, se produit quelquefois par suite de la seule présence d'un fibrome !

Il nous semble que le contraire est plus souvent observé, et que tout au moins, après l'ouverture du ventre, on eût pu reconnaître la grossesse.

Camelot à son tour(1) s'extasie sur la méthode opératoire de Guermonprez et cite une nouvelle opération faite par le médecin lillois dans un cas d'erreur de diagnostic. « Il croyait à un fibrome tandis qu'il s'agissait d'un cancer. » La malade est morte. L'utérus était cette fois encore de très petit volume, et l'hystérectomie vaginale, outre qu'elle eût amené une guérison opératoire certaine, était seule indiquée.

Nous espérons que Guermonprez ne cherchera plus, après ce nouveau cas, à prétendre que son opération est autre que celle de Freund, puisqu'il a opéré comme Freund un cancer, et que ces résultats déplorables (66 °/₀ d'insuccès) suffiront pour faire apprécier sa méthode (2).

b). *Hystérectomie vaginale.* — C'est à Czerny qu'appartient

(1) Revue critique sur l'hystérectomie totale abdominale pour fibro-myomes utérins ; in *Nouv. Arch. de Gyn. et d'Obst.*, 25 août 92, p. 377.

(2) Nous avons lu une autre brochure de Guermonprez, qui décrit comme *Actinomycose*, sans

l'honneur d'avoir réhabilité l'hystérectomie vaginale (1879). Billroth, Schrœder, Martin, Wœlfler (1880), Mickulicz, et peu après Teuffel, Kocher, Müller, le suivirent dans cette voie ; et, dès 1881, Hailden publia les résultats de 52 opérations récentes, avec une mortalité de 32 °/₀ environ ; en 1884, sur 146 cas, la proportion d'insuccès demeurait la même. Martin, réunissant à son tour à la fin de l'année 1886 la pratique de 6 des hystérectomistes les plus expérimentés, obtint sur 311 opérations une mortalité de 47 cas, soit 15 °/₀. Les résultats ont été dépassés depuis et il n'est pas rare aujourd'hui d'obtenir des séries de 25 (Péan) ou de 30 (Ott) succès consécutifs. Nous avons nous-même dépassé ces chiffres.

A qui appartient en réalité l'application méthodique de la forcipressure à l'hémostase définitive du ligament large? Pozzi (p. 401) signale Spencer Wells comme ayant eu le premier l'idée de laisser des pinces à demeure sur le ligament large (1882). Son élève E. Jemming guérit en 1885 une malade par ce procédé. Le 19 juin et le 5 août 1885 (Obs. 773 et 774), Péan combina la ligature et la forcipressure. L'opération du 5 août dura 4 heures. Le 21 août 1885, pour la première fois, il laissa par nécessité, l'utérus cancéreux et ramolli étant difficile à attirer au dehors, des pinces à demeure sur les ligaments larges. L'opération dura 2 heures (Obs. 775). La malade mourut le 3ᵉ jour.

Le 6 et le 19 juillet 1886 (Obs. 906 et 907) Péan pratiquait encore la ligature des ligaments larges et la suture du vagin. Et ce n'est que le 21 juillet 1886 (Obs. 908), après la communication de Richelot à l'Académie (13 juillet), qu'il prit le parti de laisser méthodiquement à demeure les pinces qui ne lui servaient jusqu'alors qu'à l'hémostase préventive. Richelot avait au contraire proposé, dès novembre 1885, à la Société de Chirurgie, de laisser les pinces à demeure selon l'idée de Spencer Wells. Le 8 juillet 1886 et de propos délibéré, il mit ce procédé à exécution, puis le communiqua à l'Académie de Médecine le 13 juillet 1886. Il est donc bien évident que Péan, tout en ayant auparavant, par exception ou par nécessité, laissé des pinces à demeure après l'hystérectomie vaginale, n'a employé méthodiquement la forcipressure non plus temporaire mais définitive que le 21 juillet, c'est-à-dire dans sa deuxième hystérectomie qui suivit la communication de Richelot (13 juillet 1886). (Le 19 juillet il avait encore lié et réduit les ligaments. Cette opérée succomba.) (1).

le moindre examen bactériologique, des cas qui n'en sont évidemment pas. Nous croyons de notre devoir de signaler ces faits, rien n'étant plus dangereux au point de vue scientifique que ces erreurs basées sur de simples hypothèses, ou, ce qui est pis encore, sur un examen insuffisant des pièces.

(1) Voir la note 1, p. 112.

Ces dates, dont l'exactitude est facile à vérifier, assurent sans conteste à Richelot la priorité dans l'application méthodique à l'hystérectomie de pinces à demeure. Bien mieux, la revendication de Péan au 2e Congrès de Chirurgie (1886, p. 388 et suiv.) est tout artificielle et n'est basée que sur ce fait, qu'il laissait des pinces à demeure dans d'autres opérations. Aussi, ne pouvant opposer à Richelot de dates précises concernant l'hystérectomie, ne trouve-t-il rien de mieux à faire que de détourner la discussion en la plaçant sur un terrain général pour se proclamer « l'inventeur de la méthode hémostatique ».

Richelot emploie des pinces d'un modèle spécial, courbes sur le champ, et les applique de bas en haut. Il laisse à demeure 4 pinces au moins (*C. de Chir.*, 1886, p. 378). Son procédé diffère donc du nôtre ; nos pinces à mors élastiques n'étant laissées qu'au nombre de 2, 1 pour chaque ligament, et appliquées, non pas de bas en haut, mais de haut en bas. Notons que les nouvelles pinces de Richelot sont faites actuellement avec des mors élastiques, d'après notre modèle.

Nous tenons d'autant plus à rétablir les faits dans leur ordre exact que la méthode générale de l'hémostase préventive et de morcellement, recommandée par Péan comme une méthode de choix et devant être appliquée à tous les cas, *est à notre avis une méthode d'exception et se montre défectueuse toutes les fois qu'on peut agir autrement.*

Péan s'exprime ainsi (*Clin.*, T. VII, p. 22-118) : « J'ai considérable-
« ment abrégé la durée des opérations et pu dès cette époque tenter
« l'ablation de masses néoplasiques volumineuses et vasculaires que
« l'on n'avait pas osé encore aborder.

« Mais le progrès fut bien autrement considérable, le jour où,
« m'étant rendu compte du peu de vascularité intérieure de la plupart
« des grandes tumeurs, je n'hésitai pas à les attaquer d'emblée par
« leur portion centrale.....

« Il n'est aucune région, aucune tumeur auxquelles le morcelle-
« ment ne soit applicable. »

Péan cite ensuite toute une variété de tumeurs opérées par le morcellement : un goitre (*Cliniques*, T. VII, p. 62, fig. 17), un cancer du larynx (*Cliniques*, p. 67, fig. 18), un lipome de l'aisselle, etc., etc. (*Cliniques*, p. 69, fig. 19), un rein et même la section en V du méso-côlon (résection du côlon descendant et de l'S iliaque), etc., etc., le curettage d'un cancer utérin (*Clin.*, fig. 34, p. 102), et le raclage d'un ganglion tuberculeux du cou, etc., etc. (*Clin.*, p. 57, fig. 15) ! Nous nous refusons à admettre comme des cas de morcellement ces trois dernières opérations, et c'est à tort selon nous que

Sécheyron admet, d'après Péan, comme exemple de morcellement, l'ablation de polypes utérins du volume d'une noix (p. 253, 256, 259), et enlevés par section du pédicule d'un simple coup de ciseaux, ou bien au thermo-cautère. Cet abus de la forcipressure et du morcellement est évident à l'aspect des figures 2 (p. 28), 7 (p. 35) et 8 (p. 38) du T. VII des *Cliniques* de Péan, et l'extirpation du larynx qu'il figure (p. 67, fig. 18) comme un cas d'extirpation totale, et qui sans doute a été publié comme tel, n'est, d'après la légende même, qu'un « morcel« lement sous-périchondrique », fait, nous dit Péan, « par la section ver« ticale du larynx, et à la pince emporte-pièce, sans crainte de léser les « vaisseaux et nerfs importants du voisinage ». Il est évident que Péan fait abus dans ces différents cas du terme de « morcellement », comme autre part de celui de « tumeur, » quand dans ses leçons sur le diagnostic et le traitement de tumeurs de l'abdomen et du bassin (1885) il nous décrit : les tumeurs par arthrite; les tumeurs par plaie (coupures, piqûres); les tumeurs par corps étrangers (calcul vésical); les tumeurs par rétrécissement (rétrécissement de l'urèthre); les tumeurs par inflammation (vaginite); et pousse l'amour du néologisme jusqu'à décrire les tumeurs par « absence » (malformations congénitales) qui sans doute sont le contraire de tumeurs par « néoplasme », les seules qui eussent mérité réellement le terme de tumeurs.

Et si nous revenons au morcellement « à outrance » de Péan, nous demanderons à l'auteur quel avantage il retire de sa pratique pour l'ablation d'un lipome de l'aisselle, d'un goitre ou de tumeurs analogues, si faciles à énucléer en entier de leur capsule celluleuse, d'après la méthode de notre cher maître, M. Léon Labbé.

La plupart du temps il ne peut réussir ainsi qu'à prolonger bien inutilement l'opération et à employer préventivement 25 à 30 pinces là où nous n'employons en tout que 3 ou 4 ligatures.

Herzfeld (1888), Roux (1889) et Hochenegg (1889), proposèrent à leur tour l'emploi de la voie sacrée, préconisé par Kraske (1885) pour le cancer du rectum. Nous n'insisterons pas sur cette méthode, car il est bien évident, si un cancer est trop étendu pour être utilement enlevé par le vagin, que la récidive suivra tout aussi bien l'opération par la voie sacrée, tout en faisant courir aux malades plus de risques immédiats.

c) *Hystérotomie.* — L'hystérotomie, ou incision simple de l'utérus non suivie de l'extirpation de l'organe, a été proposée et réglée par Péan. L'énucléation de fibromes, accessibles par le vagin et présentant

une large base d'implantation, avait été conçue par Dupuytren et Velpeau. Le premier, Amussat (1840) exécuta cette opération. Il perdit 1 malade sur 3.

Velpeau la pratiqua 2 fois. Ses opérées succombèrent.

Demarquay n'eut qu'un succès sur 4 tentatives. Nélaton se prononça nettement contre l'opération sanglante.

L'énucléation fut pratiquée en Angleterre et en Amérique sous l'impulsion d'Altee, et Hutchinson réunit, en 1857, 18 cas avec 6 insuccès. Langenbeck introduisit en Allemagne l'énucléation des gros fibromes.

C. Braun, Hégar, Martin, Gusserow la pratiquèrent fréquemment et Hégar et Kaltenbach (1885, p. 398) citent 154 opérations avec 51 morts, soit 33 %. Il y avait eu 15 opérations incomplètes dont 9 mortelles. Schrœder perdit 3 malades sur 11 ; Hégar et Kaltenbach, 4 sur 19; Frankenhauser, 9 sur 23.

Ces opérations étaient toutefois pratiquées sans technique bien arrêtée et Péan le premier, alors que les chirurgiens français étaient unanimes à préconiser, pour l'ablation des gros polypes, l'écraseur ou l'anse galvanique, proposa d'y substituer l'instrument tranchant.

La pratique de Péan est décrite tout au long dans la thèse de Sécheyron, son élève (1888), et dans le *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie* du même auteur (1889).

Péan propose de substituer à la dilatation lente l'incision du col et du corps de l'utérus. Le col est abaissé, détaché de ses insertions, et incisé transversalement. Les deux valves ainsi obtenues permettent de prolonger l'incision sur le corps de l'utérus, et d'y pratiquer le morcellement du fibrome, par évidement conoïde, à l'aide de pinces à griffes et d'un bistouri spécial.

Péan eut la hardiesse d'ouvrir le péritoine pour attaquer certains fibromes inaccessibles au travers de la cavité utérine; la plaie utérine était ensuite suturée avec des fils d'argent.

La 1re opération de morcellement mentionnée dans les *Cliniques* de Péan date du 14 juin 1884. Elle est donc postérieure de 2 ans à sa 1re hystérectomie vaginale. Péan employa jusqu'en 1886 son forceps-scie.

En dehors des opérations de Péan, Sécheyron, qui a sans doute eu trop tard connaissance de nos opérations personnelles, ne signale guère comme hystérotomies que 3 cas, dus à Doléris, dont 1 suivi de mort. Ces trois cas, empreints de tergiversations sans nombre, font avec la pratique de Péan le contraste le plus éclatant (1).

(1) L'hystérectomie de Doléris (17 janvier 1888), citée par Sécheyron (p. 382), est des plus bizarres. On se figure difficilement comment cette femme, dont l'utérus avait à peine le volume d une petite orange, pnt subir pour si peu nne telle série d'interventions : Le 16 décembre. curage explorateur, suivi d'écouvillonnage. Le 20 décembre, en présence de 7 docteurs, incisiou bi-latérale

II. — Opérations personnelles.

(47 Hystérectomies abdominales ; 51 hystérectomies vaginales ; 22 hystérotomies.)

1° *Hystérectomies abdominales.*

Nous avons tenté 47 fois l'ablation de l'utérus par la laparotomie.
5 de nos opérations ont été incomplètes ;
30 fois nous avons laissé le pédicule au dehors ;
1 fois nous l'avons réduit.
11 fois nous avons fait l'ablation totale de l'utérus.

Nos opérations incomplètes comprennent : deux fibro-sarcomes adhérents, dont l'un déterminait à chaque époque des ménorrhagies graves et des symptômes d'anurie ; une tumeur purulente multiloculaire et inextirpable ; une tumeur fibro-kystique, contenant près de 20 litres de pus à streptocoques, et dont la portion solide pesait en outre 12 kilos ; et enfin une laparotomie exploratrice pour un fibrome partout adhérent, qui se sphacéla à la suite de la simple destruction des adhérences antérieures. Ces 5 malades succombèrent.

Nous avons opéré par l'hystérectomie supra-cervicale, avec traitement extérieur du pédicule : 26 fibromes de volume considérable, et dont l'extirpation par le vagin était impossible ; 3 utérus gravides (opérations de Porro), et un cas de môle hydatiforme, que nous n'avons reconnu qu'au cours de l'opération, la femme ayant été laparotomisée *in extremis*, à la campagne, et le col, complètement fermé, ne permettant pas d'explorer, dans ce cas où il fallait agir vite, la cavité utérine.

Ces 4 opérations furent faciles, comme il arrive toujours quand il s'agit d'un utérus gravide, le pédicule pouvant être fait très haut.

3 de nos fibromes présentaient des adhérences très étendues ; l'un d'eux, à forme très irrégulière (*Fig.* 23), était creusé d'une vaste loge purulente ; un autre était sphacélé depuis quelque temps : son volume était considérable, et, l'étroitesse de la vulve s'ajoutant en

de la portion vaginale du col et un nouveau curage. (A la suite de cette 2e opération, Doléris pense que le « fibrome avoisine peut-être la cavité utérine ; il ne peut affirmer, mais il lui semble que la paroi postérieure est un peu convexe vers la cavité utérine.) » Le 5 janvier, syncope occasionnée par de longues tentatives infructueuses d'introduction d'une tige de laminaire. Le 17, 3e opération, en présence de 5 confrères. Section de ce qui reste du col. On ne signale pas la durée de l'opération, qui, d'après sa description, a dû être des plus laborieuses et a permis d'énucléer un fibrome du volume « d'un œuf de dinde ».

Le « vaste » fibrome mentionné également dans une seconde observation par Doléris (Sécheyron, p. 328) est encore du volume « d'un œuf de dinde ».

outre à une menace de péritonite aiguë (vomissements bilieux), nous dûmes faire la laparotomie. 4 de ces femmes ont succombé. Le cas de fibrome putréfié étant presque hors de cause et cet insuccès se trouvant compensé par la guérison du fibrome suppuré et compliqué de péritonite subaiguë que nous avons signalé, il nous reste 3 insuccès sur 29 opérations qui toutes étaient susceptibles de guérir, soit 10,4 °/o.

Une de ces malades, qui avait eu quelques mois auparavant l'influenza, mourut subitement le 8e jour, alors que, la température étant normale, nous la croyions en voie de guérison : cette femme a présenté des particularités assez bizarres au point de vue de la circulation : en effet, le cœur battait 130 fois par minute, depuis son attaque d'influenza, et le pouls tomba à 80 pendant toute la durée de la chloroformisation, pour redevenir ensuite aussi rapide qu'auparavant. Nos deux autres insuccès n'eurent pas de cause appréciable, et la mort survint avec des phénomènes de pseudo-étranglement vers le 3e et le 4e jour. Jusque-là, nous étions satisfaits de nos résultats, n'ayant guère perdu que des malades tellement faibles que la guérison pouvait à peine être espérée ; mais nos 2 derniers insuccès, survenus presque coup sur coup, chez deux femmes qui semblaient devoir guérir et chez lesquelles on ne peut guère incriminer que la brièveté du pédicule, nous engagèrent à chercher mieux. Nous avions perdu également la seule malade chez laquelle, ne pouvant employer le procédé de Schrœder à cause de l'abondance de l'hémorrhagie, nous avions réduit un très petit pédicule, ne comprenant pas de muqueuse, et solidement lié à la soie. (C'est également à la soie que nous avions lié nos 8 ou 10 derniers pédicules, sur lesquels nous avions creusé auparavant un profond sillon à l'aide d'un clamp spécial, muni d'une vis de rappel ; nous suturions étroitement le péritoine en collerette au-dessous du fil de soie, et nous maintenions le pédicule au dehors en enroulant dans le sillon de la ligature une compresse de gaze très serrée.) Nous avons toujours étreint en masse l'utérus et les annexes, en prenant soin de retenir ces dernières au-dessus de la ligature du pédicule par un solide fil de soie. Les broches sont inutiles, que l'on emploie le fil élastique ou la grosse soie pour l'hémostase définitive.

Procédé d'Hystérectomie abdominale totale.

« Nous cherchions depuis longtemps un procédé capable de rendre « l'hystérectomie abdominale aussi inoffensive que l'ovariotomie, « lorsque, après nous être rendu compte au cours de plusieurs opéra-

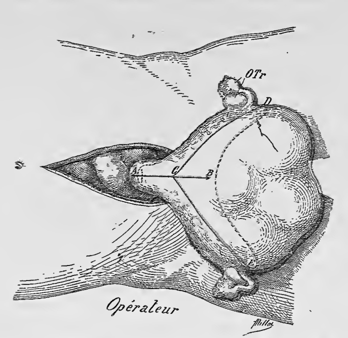


Fig. 10. — Hystérectomie abdominale : Procédé du Dr E. Doyen. — La femme est couchée sur le dos, l'opérateur à sa droite. (1er et 2e temps de l'opération). La tumeur est attirée au dehors et rabattue sur le pubis. Section longitudinale de sa face postérieure, ouvrant le cul-de-sac postérieur du vagin et découvrant le col.

A. B. incision du cul-de-sac vaginal. — *C. D. E.* incision du péritoine circonscrivant, à la surface de la tumeur, les annexes et les pédicules vasculaires correspondants. — *OTr.* ovaires et trompes.

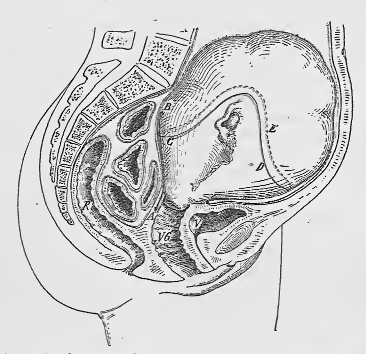


Fig. 11. — Hystérectomie abdominale. — Coupe antéro-postérieure.

A. B. première incision du péritoine ouvrant en *A* le vagin et s'étendant en B sur le fibrome. — *C. D. E.* 2e incision du péritoine circonscrivant les annexes, et leurs pédicules vasculaires. — *R.* rectum. — *VG.* vagin. — *V.* vessie.

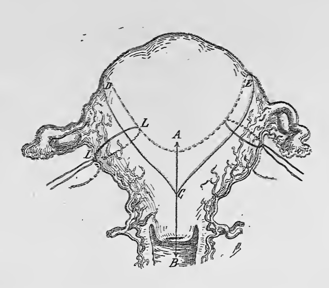


Fig. 12. — Schéma de la vascularisation de la tumeur. De chaque côté on voit les arcades vasculaires vagino-utéro-ovariennes.

A. B. Section longitudinale du péritoine. — *C. D. E.* Section circulaire. — *L.* endroit où seront posées les ligatures après la décortication sous-péritonéale de la tumeur.

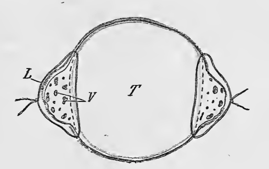


Fig. 13. — Section horizontale de la tumeur passant par les ligatures.
T. tumeur. — *V.* vaisseaux. — *L.* ligatures.

Le trait bleu représente le péritoine, et le trait rouge la ligne de décortication.

« tions de la topographie exacte des vaisseaux qui donnaient le plus de « sang, nous résolûmes de faire l'ablation totale de l'utérus, sans la « combiner à l'hystérectomie vaginale, qui allonge et aggrave en « même temps l'opération. »

Il s'agissait dans notre premier cas d'une femme très faible et profondément anémiée. Le pédicule eût été trop court pour être laissé au dehors et nous nous soucions peu de le réduire. L'opération fut ainsi pratiquée :

La tumeur sortie du ventre et rabattue en avant sur le pubis recouvert de serviettes stérilisées, le péritoine est incisé d'un seul coup depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le vagin est ouvert en arrière du col, sur une pince introduite par la vulve. Le péritoine est alors vivement sectionné sur toute la surface de la tumeur, de façon que la section, en forme de raquette, et partant, pour y revenir, de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suive à peu près l'équateur de la tumeur, et passe latéralement au-dessus des annexes, et en avant très loin de la vessie.

Faisant alors tenir entre les doigts de l'aide le ligament large gauche, l'opérateur le détache rapidement de l'utérus avec les ciseaux ou le bistouri, en prenant soin d'empiéter légèrement sur le tissu utérin. Une ligature, jetée au-dessous des annexes, suffit d'ordinaire pour assurer l'hémostase.

La séreuse est alors rapidement décollée, avec les doigts ou des ciseaux mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est à son tour détaché et lié.

Il est alors aisé, en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur.

C'est à peine s'il est nécessaire de lier isolément 1 ou 2 artérioles, au voisinage du col. Les fils qui assurent l'hémostase des pédicules latéraux sont passés dans le vagin, ainsi que la vaste collerette péritonéale qui entoure la tumeur. Le ventre est momentanément fermé à l'aide de 3 ou 4 pinces à griffes émoussées, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de 2 de nos pinces à mors élastiques, placées à la vulve. On fait alors la toilette du péritoine, on tamponne le vagin, en plaçant au besoin au-dessous du tampon de gaze un double drain, et l'on ferme en surjet ou en bourse le péritoine pelvien.

Une des particularités de ce procédé est l'absence de toute hémostase préventive : nous détachons les ligaments larges avant de rien

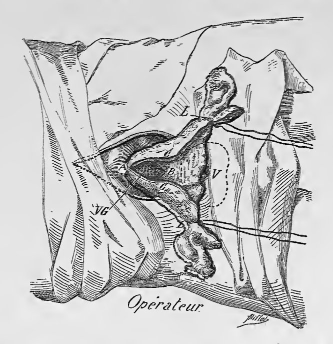


Fig. 14. — 3e *temps :* La décortication sous-péritonéale de la tumeur vient d'être terminée.—Application des ligatures sur les pédicules vasculaires latéraux.
VG. vagin, dont on aperçoit la muqueuse au travers de l'ouverture de son cul-de-sac postérieur.
A. B. C. lambeaux flottants du péritoine qui enveloppait la tumeur.
L. L. ligatures. — *V.* vessie.

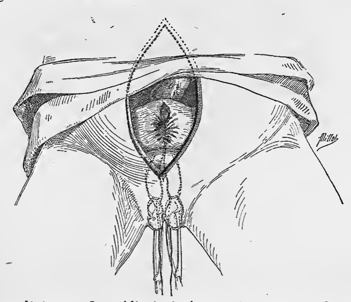


Fig. 15.— 4e *temps :* Les pédicules latéraux et la collerette péritonéale sont attirés à la vulve. Aspect de la cavité pelvienne au moment où les fils viennent d'être passés par le vagin, et où l'on abaisse les annexes à l'aide de deux pinces à griffes.

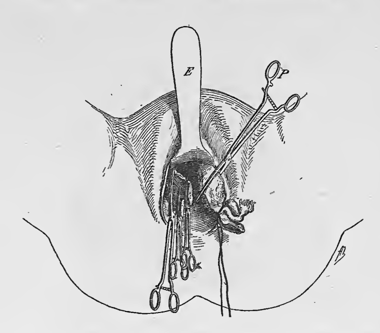


Fig. 16. — 5ᵉ *temps :* La malade est replacée en position d'hystérectomie vaginale : application des pinces à demeure.

E. écarteur. — *P.* 1ʳᵉ pince dont l'extrémité correspond au cul-de-sac de Douglas. — L'opération est terminée du côté droit, où l'on voit la situation respective de la grande pince, des petites, et du ligament large.

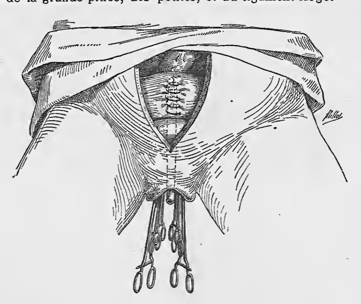


Fig. 17. — 6ᵉ *temps :* Suture du péritoine pelvien. Les cuisses sont abaissées ; l'opérateur referme le bassin en adossant, soit par un surjet antéro-postérieur (*Fig.* 17), soit par une ligature « en bourse », les replis séreux de la cavité pelvienne.

pincer et de rien lier. En agissant ainsi, nous accélérons le manuel opératoire au point qu'habituellement, 6 à 10 minutes après que nous avons pris le bistouri, la tumeur est enlevée. Il n'est utile de la morceler que dans le cas où elle est très adhérente et où l'impossibilité de la rabattre sur le pubis rend difficile l'accès du cul-de-sac de Douglas, qui ne peut alors être ouvert que plus tard.

L'avantage de notre opération est d'être praticable pour toutes les tumeurs utérines, et tout particulièrement pour celles, assez nombreuses, dont les attaches profondes empêchent l'emploi du fil élastique pour l'hémostase temporaire. Les tumeurs solides ou purulentes du ligament large, adhérentes à l'utérus, peuvent être enlevées par le même procédé.

Schémas de quelques tumeurs utérines.

Nous figurerons ci-dessous, pour mieux faire comprendre les difficultés de certaines hystérectomies pour fibromes, les schémas de quelques-unes des tumeurs utérines que nous avons opérées. Sur ces dessins, le point de réflexion inférieur du péritoine est figuré à l'endroit où aurait pu porter la ligature élastique provisoire. On verra, à l'examen des divers schémas que dans nombre de cas (*Fig.* 23, 25, 26, 27) l'hémostase préventive ne pouvait être faite.

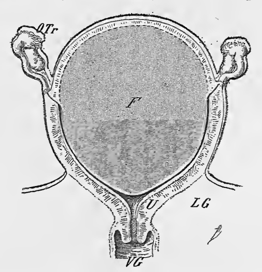


Fig. 18. — Fibrome utérin faisant saillie à la fois dans la cavité utérine et sous le péritoine. Les ovaires, kystiques et adhérents, sont situés au niveau du tiers supérieur de la tumeur.

Coupe transversale : *F.* fibrome. — *U.* utérus. — *VG.* vagin. — *LG.* ligament large. — *OTr.* ovaires et trompes.

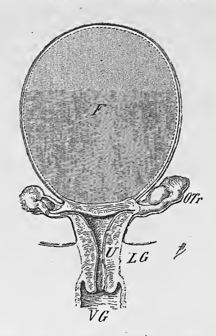


Fig. 19. — Fibrome sous-péritonéal sessile. La cavité utérine est à peu près normale. Les ovaires sont situés à la limite inférieure de la tumeur.
Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

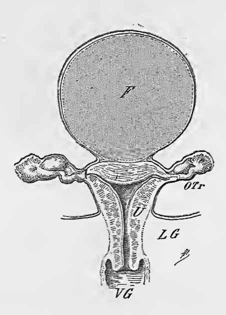


Fig. 20. — Fibrome sous-périronéal pédiculé du fond de l'utérus. La cavité utérine est normale ; les annexes occupent leur situation habituelle.
Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

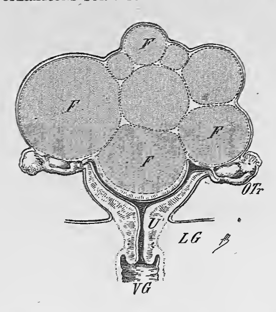


Fig. 21. — Fibromes utérins multiples. Deux d'entre eux font saillie dans la cavité utérine; les ovaires altérés sont accolés avec les trompes aux parties latérales de la tumeur.

Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

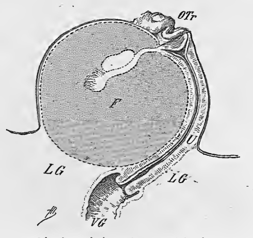


Fig. 22. — Fibrome développé dans la paroi latérale droite et postérieure de l'utérus, et faisant saillie dans le ligament large. Le col est rejeté à droite, et la totalité de l'utérus se trouve élongée et étalée de bas en haut sur le côté antéro-interne de la tumeur. La cavité du col, considérablement étirée, n'offre que son diamètre normal. L'ovaire gauche est étalé à la surface du fibrome; la corne utérine droite et l'ovaire droit font, au contraire, saillie à la surface de la tumeur. (La malade présenta des hémorrhagies d'une gravité exceptionnelle.)

Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

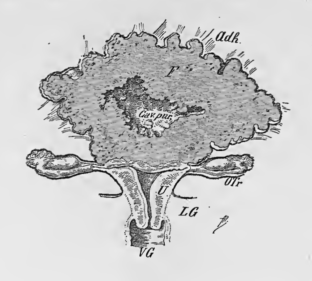


Fig. 23. — Fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus, à surface rugueuse et irrégulière ; le centre de la tumeur était occupé par une cavité purulente anfractueuse. La surface est devenue presque en totalité adhérente à l'épiploon et aux anses intestinales par suite de poussées successives de péritonite.
Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

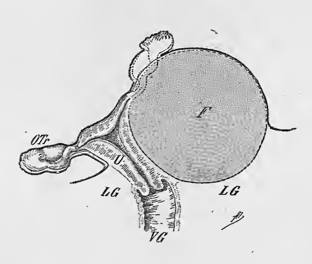


Fig. 24. — Fibrome développé dans les couches les plus superficielles de la paroi latérale gauche de l'utérus et dans le ligament large. La tumeur s'est coiffée du péritoine pelvien et de l'ovaire droit.
Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

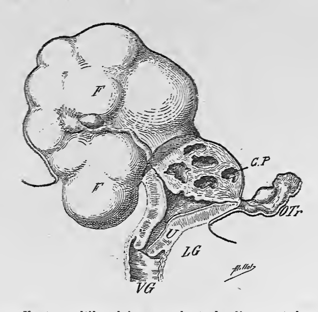


Fig. 25. — Kyste multiloculaire purulent du ligament large droit, adhérent à l'utérus, dont le tissu est parsemé de vastes loges purulentes. Les annexes gauches sont étalées sur la tumeur. Salpingo-ovarite droite.
Coupe transversale. — Même légende que *Fig.* 18.

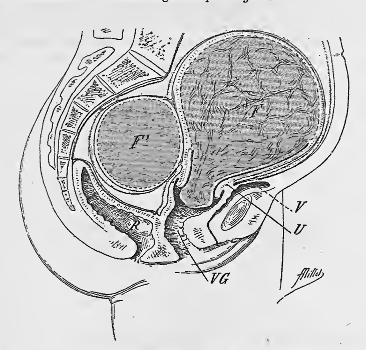


Fig. 26. — Double fibrome utérin. Le fibrome antérieur, myxomateux et aréolaire, fait saillie au travers du col jusque dans le vagin. — Il donna lieu à des hémorrhagies et à de l'hydrorrhée intermittente. Il est recouvert au niveau

au fond de l'utérus par une certaine épaisseur de tissu utérin. Le fibrome postérieur, d'une dureté ligneuse, est absolument sous-péritonéal.

Coupe antéro-postérieure. — *F.* fibrome. — *U.* utérus. — *R.* rectum. — *VG.* vagin. — *V.* vessie.

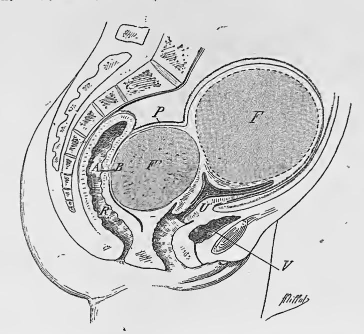


Fig. 27. — Double fibrome utérin; le postérieur s'est développé au-dessous du péritoine vers la cloison recto-vaginale et a contracté avec le rectum des adhérences en AB.

Coupe antéro-postérieure. — *F. F'.* fibromes. — *U.* utérus. — *V.* vessie. — *P.* péritoine. — *R.* rectum. — *A. B.* adhérences de la tumeur *F'* au rectum ; il y eut déchirure de ce dernier au cours de l'énucléation. La suture fut pratiquée immédiatement. Guérison apyrétique, sans fistule.

Sur 11 tumeurs que nous avons opérées par notre procédé (1), il s'agissait 2 fois de fibromes multiples de l'utérus et du ligament large ; 1 fois d'un kyste suppuré multiloculaire du ligament large (*Fig.* 25), faisant corps avec l'utérus, lui-même fibromateux et parsemé de loges purulentes. Dans ces 3 cas, l'application d'un fil élastique pour l'hémostase préventive était impraticable, les tumeurs étant absolument sessiles ; 3 autres fois le fil élastique n'aurait pu être placé que sur un pédicule de plus de 10 centimètres de diamètre, c'est-à-dire qu'il n'eût même pas rempli le but qu'on en eût attendu. Dans ces 6 cas, inopérables par tout autre procédé, l'hystérectomie totale a été suivie d'un succès complet, de même que chez une malade où le rectum, enflammé et adhérent à un fibrome de la cloison recto-vaginale qui compliquait d'autres tumeurs interstitielles d'un volume énorme, s'est trouvé rompu

(1) Voir page 122.

(*Fig.* 27) transversalement au fond du bassin sur les 3/4 de sa circonférence et a été suturé sur-le-champ par notre surjet à points passés (Voir Chir. de l'estomac) *Arch. chir.*, n° 1 — 1892. Bien que le rectum se trouvât, au point de la rupture, dépourvu de péritoine, la malade guérit sans fistule. Sur ces 11 malades, 1 seule succomba, et d'une cause étrangère à l'opération, ayant contracté l'influenza et une broncho-pneumonie, qui l'enleva *14 jours* après l'opération. Cette survie exclut toute péritonite post-opératoire (2).

2° *Hystérectomies vaginales.*

Nos hystérectomies pour néoplasmes sont au nombre de 51.

a) Cancer. — 23 ont été faites dans des cas de cancer (15 cancers du col, et 8 cancers du corps); 28 pour des fibromes, souvent compliqués d'ovarites, de salpingites, de pelvipéritonite; ces dernières opérations ont été mentionnées à propos de la castration totale par le vagin.

Nos 15 opérations pour cancer du col ont été 4 fois incomplètes. La vessie dégénérée s'est trouvée blessée 3 fois; nous en avons tenté 2 fois la suture et obtenu ainsi une réunion immédiate de la plaie vésicale. Nous avons enlevé chaque fois des collerettes étendues de la muqueuse vaginale, et même, comme nous l'avons signalé, des ganglions pelviens. L'avantage extrême de notre procédé opératoire est, en ne faisant l'hémostase qu'à la fin de l'opération avec une seule pince de chaque côté, de pouvoir attirer entre les mors, au delà des annexes, une étendue considérable du ligament large. L'ablation du cancer est faite ainsi plus largement que par toute autre méthode. Le procédé, qui demeure identique, quelque soit l'indication de l'hystérectomie (cancer, fibrome, pelvi-péritonite), sera décrit plus loin.

Le cancer du col nous a toujours paru facile à diagnostiquer, et la sensation qu'il donne au toucher est caractéristique. On voit par le petit nombre de nos opérations que nous refusons d'intervenir toutes les fois que le mal ne peut à coup sûr être enlevé largement, et, s'il nous est arrivé 3 fois de blesser la vessie, le cul-de-sac antérieur du vagin était intact dans tous ces cas, et cet accident s'est produit parce que le cancer, tout en respectant les limites de la portion vaginale du col, au niveau du cul-de-sac antérieur, se prolongeait dans la cavité du col, jusqu'au corps, et perforait profondément la paroi antérieure de l'utérus, pour se propager à la vessie.

Nous avons opéré 8 cas de cancers de la cavité du corps de l'utérus, le museau de tanche étant sain. Nous ferons observer à propos du diagnostic du cancer du corps de l'utérus qu'à part les autres signes, le retour des métrorrhagies plusieurs années après la ménopause, chez

(1) 2 nouvelles opérations portent à 13 (Fév. 1893) nos hystérectomies abdominales totales, sans une seule mort opératoire.

des femmes qui ne présentaient aucune lésion au toucher, s'est constamment montré lié à l'évolution du cancer; nous avons fait cette remarque non seulement dans les cas que nous avons opérés, mais aussi chez d'autres femmes âgées de 60 ans et plus, qui présentaient depuis quelques mois des métrorrhagies sans écoulement fétide. Nous avons vérifié notre diagnostic en faisant la dilatation et l'exploration de la cavité utérine. Cette absence de fétidité de la leucorrhée cancéreuse est digne d'être notée. En effet, chez une autre femme âgée de 56 ans, que nous croyions atteinte de cancer et qui n'avait pas cessé de perdre du sang presque constamment, avec exacerbation mensuelle, l'écoulement était fétide, et l'hystérectomie nous a démontré l'existence de fibromes multiples, sans trace de dégénérescence maligne.

Le volume énorme de l'utérus n'est pas en effet un signe négatif de cancer, et plusieurs utérus cancéreux et très mobiles, que nous avons enlevés par le vagin, avaient le volume du poing et même davantage. Deux fois, en dehors de nos 8 hystérectomies pour cancer du corps de l'utérus, nous avons observé, dans un cas de fibromes volumineux et dans un cas de castration vaginale, un début de dégénérescence maligne de la muqueuse de la cavité du corps, sur le quart ou le cinquième environ de son étendue.

Sur nos 23 opérées d'hystérectomie pour cancer 2 ont succombé des suites de l'opération, soit 8,69 °/₀ : l'une d'hémorrhagie intra-péritonéale et de septicémie consécutive (6e jour), une pince du modèle préconisé par Richelot ayant laissé échapper les ligaments larges (février 1887) ; l'autre, le 16e jour, de broncho-pneumonie bilatérale. L'une était atteinte de cancer du corps, la seconde de cancer du col.

b) Fibromes.— Les fibromes que nous avons enlevés par l'hystérectomie vaginale étaient dans la plupart des cas très volumineux : leur poids atteignit et dépassa 1.500 et 1.800 grammes. Plusieurs étaient enclavés et déterminaient des phénomènes d'anurie. Il s'agissait en général de tumeurs multiples et interstitielles. Nous insistons sur ce point, l'opération n'étant qu'un jeu quand la principale tumeur est intra-cavitaire.

Ces utérus, dont la cavité n'est pas augmentée de volume et dont les parois sont farcies de fibromes, présentent aussi assez souvent à leur surface séreuse une ou plusieurs tumeurs sessiles ou pédiculées, qui surmontent comme des cornes la masse principale et rendent l'hystérectomie très laborieuse, en s'accrochant au détroit supérieur. Il nous est arrivé qu'un de ces fibromes sous-séreux se détacha au cours de l'opération, et que, constatant à la surface de la tumeur sa disparition, nous soyons obligé d'aller à sa recherche en faisant la toilette du péritoine.

Procédé d'Hystérectomie vaginale.

Nous décrirons en quelques lignes notre procédé *d'Hystérectomie vaginale*, qui diffère des méthodes habituellement employées.

La malade est purgée avant l'opération. Nous appliquons pendant 48 heures un pessaire Gariel à air comprimé, afin de dilater le vagin. La vulve est rasée; la vessie est évacuée à l'aide d'une sonde et la cavité vaginale lavée au savon et au sublimé. La malade est sur le dos, les jambes relevées, l'opérateur et son aide sont assis, les instruments à leur portée. Le col est saisi latéralement par 2 pinces à griffes, qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération.

L'abaissement étant aussi complet que possible, nous incisons avec les ciseaux mousses la muqueuse vaginale au pourtour du col. Le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert avec l'index droit, et la face postérieure de l'utérus détachée de ses adhérences, s'il en existe. Il est alors facile d'explorer le petit bassin et de décider si l'utérus doit être sacrifié.

Nous pratiquons alors avec le doigt l'isolement de la vessie, que suivent les uretères, de telle sorte qu'il est impossible de les léser l'un ou l'autre, à moins qu'ils ne soient dégénérés et cancéreux. Les 2 pinces du col étant attirées en bas, et un court écarteur maintenu par l'aide au-dessus du pubis, nous sectionnons de bas en haut la paroi antérieure du col; le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, généralement apparent au-dessous de l'écarteur, est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers, entr'ouverts, et agissant comme un instrument mousse, et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur.

L'utérus est saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas; un nouveau coup de ciseaux prolonge la section, et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées, pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction.

Le plus souvent, si la vulve n'est pas trop étroite, et si l'utérus ne se montre que doublé de volume, le renversement progressif se fait sans difficulté et sans qu'il soit nécessaire de prolonger très haut sur le corps la section longitudinale (1).

(1) Quant à l'incision de la vulve (Débridement simple ou double) préconisée par Chaput (*J. de Médecine de Paris*, 3 janv. 1892, p. 59), qui conseille de l'employer systématiquement, nous ne pouvons l'admettre que dans les cas de nécessité absolue. Nous ne l'avons pratiquée que 2 fois sur 112 opérations, dans des cas d'utérus cancéreux de volume énorme et très friables.

S'agit-il d'un utérus énorme, de fibromes multiples, notre procédé ne diffère pas dans ses grandes lignes. L'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux largement ouverts, le col, tenu latéralement par ses deux pinces, est incisé en long sur sa face antérieure et saisi plus haut, sur les lèvres de la section, avec deux nouvelles pinces. Nous avons alors à choisir entre deux méthodes : enlever de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, ou, ce ce qui est plus rapide, sectionner le corps de l'utérus en V, sur sa face antérieure, en ménageant, comme l'indique notre figure (voir *Fig.* 34), les parties latérales de l'organe.

Il faut avoir pratiqué cette opération pour en comprendre les avantages. C'est à peine en effet dans la plupart des cas s'il est nécessaire de réséquer 2 ou 3 fragments de la tumeur, et, en abaissant successivement, soit le V médian, soit les lambeaux latéraux de l'utérus, il nous arrive souvent d'enlever en entier et en peu de temps, une tumeur très volumineuse, de 10 à 12 centimètres de diamètre.

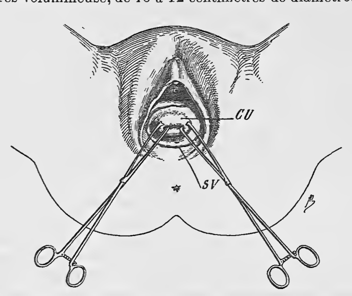


Fig. 28. — *Premier temps* de l'hystérectomie vaginale (Procédé du Dr E. Doyen). — Les deux commissures latérales du col sont saisies par des pinces à griffes et abaissées. Section circulaire des culs-de-sac vaginaux tout autour du col.

CU. Col de l'utérus. — *SV.* Section de la muqueuse vaginale. — L'opérée est vue de face.

Nous opérons, dans bien des cas, presque sans écarteur, et l'index droit, introduit par le cul-de-sac antérieur dans le péritoine, nous sert à guider la tumeur pendant que nous l'abaissons par des tractions méthodiques.

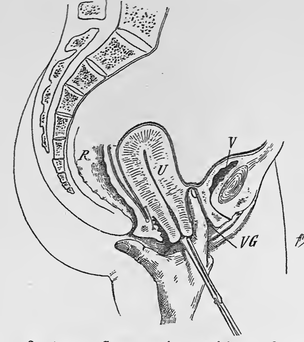


Fig. 29. — 2e *temps.* Coupe antéro-postérieure. Ouverture du cul-de-sac péritonéal recto-utérin (flèche rouge) et décollement de la vessie avec l'index droit. L'utérus est maintenu abaissé.
R. rectum. — *U.* utérus. — *V.* vessie. — *VG.* vagin.

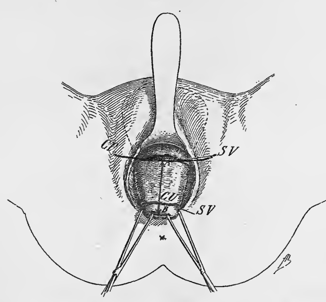


Fig. 30. — 3e *temps.* — La malade est vue de face. Abaissement de la portion sus-vaginale du col détachée de la vessie et des uretères. Section longitudinale de la paroi antérieure du col.
CU. col de l'utérus. — *SV.* section de la muqueuse du vagin. — *CP.* cul-de-sac péritonéal vesico-utérin. — *A. B.* section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

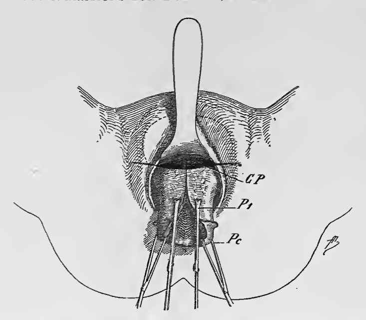


Fig. 31. — 3e *temps* (suite). Prolongement de la section longitudinale. Apparition au dehors et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

Pc. pinces appliquées sur les commissures latérales du col où elles resteront fixées jusqu'à la fin de l'opération. — *P1.* nouvelles pinces à griffes qui serviront par des prises successives à renverser l'utérus au dehors, grâce à la section longitudinale de sa paroi antérieure. — *CP.* cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, visible au-dessous de l'écarteur, au moment de son incision.

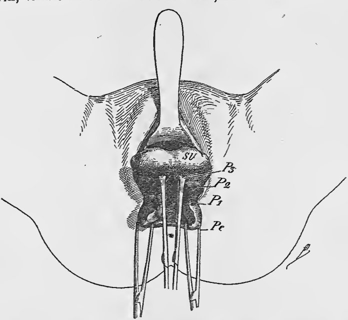


Fig. 32. — 4e *temps* (vu de face). Bascule de l'utérus en avant. Son apparition à la vulve.

Pc. pinces fixées sur le col. — *P1* et *P2.* traces des prises de la seconde paire de pinces qui viennent être fixées en *P3.* fixées sur les lèvres de la section longitudinale antérieure, au niveau du fond de la cavité utérine. — *SU.* sommet de l'utérus apparaissant au dehors.

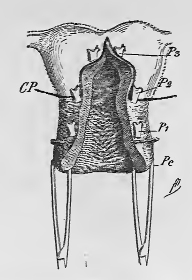


Fig. 33. — Schéma (vu de face) de la section longitudinale d'un utérus de volume moyen qui vient d'être enlevé par le vagin.

Pc. pinces maintenant le col. — *P1.*, *P2.*, *P3*, prises successives de la seconde paire de pinces. — *CP.* cul-de-sac péritonéal antérieur.

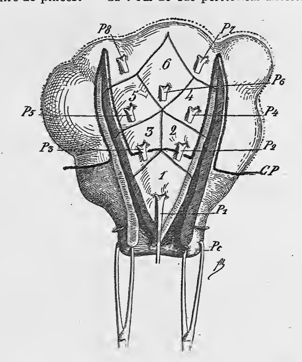


Fig. 34. — Schéma (vu de face) représentant le morcellement d'un gros fibrome, grâce à une double incision longitudinale en V de la paroi antérieure de l'utérus.

Pc. pinces maintenant le col. — *P1.*, *P2.*, *P8*, pinces appliquées successivement sur la tumeur en 1... 2..., 8..., afin d'en réduire le volume par l'ablation successive de fragments losangiques et cunéiformes.

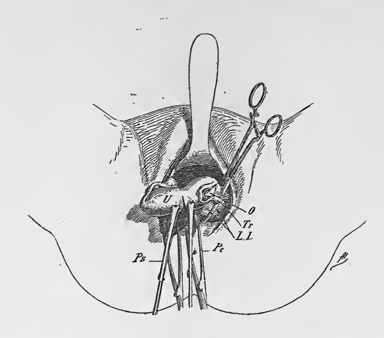


Fig. 35. — 5e *et dernier temps* de l'opération. Application des pinces à demeure, et section des ligaments larges. L'utérus est entièrement sorti de la vulve; la trompe et l'ovaire gauche ont été attirés au dehors. Application de la première pince qui est introduite presque verticalement de haut en bas, et saisit au delà des annexes la totalité du ligament large.

U. utérus. — *O.* ovaire gauche. — *Tr.* trompe gauche. — *Pc.* pinces maintenant le col. — *LL.* ligament large gauche. — *Ps.* pinces maintenant le sommet de l'utérus. — La situation définitive de la grande pince et des petites est représentée *Fig.* 16.

Quatre ou cinq fois seulement il nous est arrivé, par suite d'impossibilité matérielle, d'abandonner le cul-de-sac antérieur, pour attaquer par le postérieur un fibrome sous-péritonéal enclavé.

Dans ces cas nous ne pratiquons toujours que la section médiane partielle de l'utérus, et, au moment où le fond apparaît, ce dernier se trouve encore relié au col, sur lequel demeurent fixées les 2 premières pinces à griffes.

Lorsque l'utérus est hors de la vulve, nous n'avons fait encore aucune hémostase.

Nous détachons avec les doigts, s'il y a lieu, et nous attirons aussi bas que possible, avec des pinces à anneaux, les annexes altérées ou non, et nous appliquons nos pinces à mors élastiques, en commençant,

à moins d'indication contraire, par le ligament large du côté gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes, nous introduisons une première pince presque verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et nous la fermons modérément, de façon à nous assurer, par le contact direct de ses extrémités avec l'index gauche, au niveau du cul-de-sac postérieur, que rien

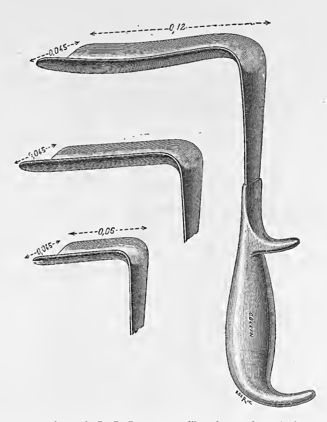


Fig. 36. — Écarteurs vaginaux du Dr E. Doyen pour l'hystérectomie vaginale. Modèles de 0,045mm de largeur. — *Légende* : Largeur, 0,045 millim.; longueur, n° 1 (en commençant par le bas) ; 0,06 cent.; n° 2 : 0,09 cent.; n° 3 0,12 cent.

ne lui échappe, et que, par contre, elle ne saisit aucun organe étranger. La pince est alors serrée au maximum ; une seconde plus grêle est appliquée au-dessous, pour plus de sécurité, et le ligament large sectionné à quelques millimètres d'elle. L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince, ce qui est bien rare, n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes, on place ensuite au delà de l'ovaire et de la trompe, une pince plus petite, et on les résèque.

Nous tamponnons avec une compresse stérilisée, en ayant soin d'adosser les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur.

La grande pince est retirée au bout de 48 heures, et se détache aisément, grâce à l'élasticité de ses mors ; la petite est enlevée le soir ou le lendemain matin, ainsi que la gaze, si cette dernière paraît sensiblement remontée vers la profondeur. L'élasticité des ligaments larges, qui a été mise en jeu pendant l'opération, se manifeste en effet peu à peu, et l'avantage extrême de notre procédé d'hémostase définitive est que nos pinces à demeure, dont l'articulation correspond au bord supérieur des ligaments larges, tandis que leur extrémité vient butter

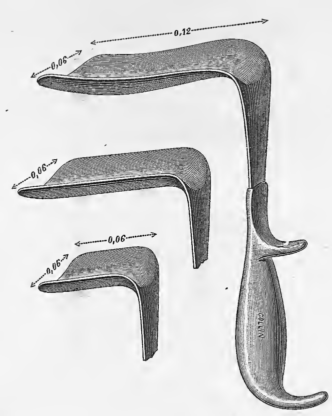


Fig. 37. — Écarteurs vaginaux du Dr E. Doyen pour l'hystérectomie vaginale : Modèles de 0,060mm de largeur. — *Légende* : Largeur, 0,060 millim.; longueur, n° 1 (en commençant par le bas) ; 0,06 cent.; n° 2 : 0,09 cent. ; n° 3 : 0,12 cent.

en s'en coiffant au niveau du péritoine du cul-de-sac de Douglas, ne peuvent en aucun cas venir faire saillie en plein péritoine au milieu des anses intestinales.

Nous figurons ci-contre (voir *Fig.* 36 et 37), avec l'indication de leurs dimensions, les écarteurs dont nous nous servons depuis 1887. Ces écarteurs, au nombre de six, sont de trois longueurs différentes (6, 9 et 12 centimètres) ; pour chaque longueur, nous avons deux modèles : l'un

plus étroit (4 centimèt. 5) (*Fig.* 36); l'autre plus large (6 centimèt.) (*Fig.* 37). L'angle de la valve et du manche se modifie à volonté, en pliant plus ou moins la partie plate qui les unit, et qui a été détrempée à cet effet.

Le plus étroit et le plus court de ces écarteurs suffit quand le volume de l'utérus est à peu près normal. L'écarteur long et étroit est

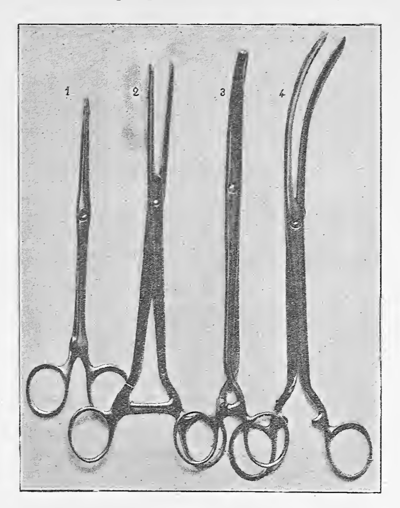


Fig. 38. — 1, 2, 3, 4. Pinces à mors rigides de (Péan et Richelot). Le nº 4 est la pince de Richelot, qui a occasionné notre 1er insuccès. (D'après une photographie.)

des plus utiles, après la section des ligaments larges, pour faire la toilette du péritoine, que nous pratiquons avec des compresses stérilisées.

Les deux modèles de 12 centimètres, qui sont concaves à la fois sur leur longueur et sur leur largeur, servent tout particulièrement à l'ablation des fibromes volumineux, atteignant ou dépassant le volume

d'une tête de fœtus. Les culs-de-sac péritonéaux étant, par notre procédé, largement ouverts dès le début de l'opération, les grands écarteurs sont introduits, pour l'extraction des grosses tumeurs, en plein péritoine, tantôt en avant, tantôt en arrière, certains fibromes de la paroi postérieure ne pouvant être extraits que par le cul-de-sac de Douglas.

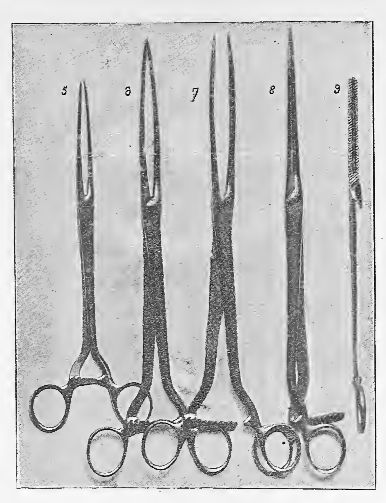


Fig. 39. — 5, 6, 7. 8, 9. Pinces à mors élastiques du Dr Doyen (mars 1887). Petit et grand modèles. (D'après une photographie.)

Nous avons présenté nos pinces à pression élastique et à mors cannelés à la Société de Chirurgie de Paris, le 9 mars 1887. Il est fait dans les Bulletins simplement mention de notre communication, sans la moindre description des instruments. Notre procédé d'hystérectomie et d'hystérotomie par section médiane a été communiqué à la Société

médicale de Reims (19 octobre 1887), et au 5e Congrès français de Chirurgie (1er Avril (1891).

Nous insistons sur la description de nos pinces, dont le principe, absolument nouveau, a été appliqué depuis à presque tous les autres modèles de pinces hémostatiques à longs mors. Ces mors étaient autrefois rigides, et, s'ils saisissaient une épaisseur de tissus quelque

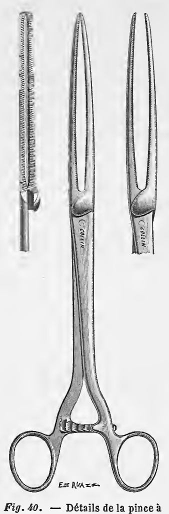


Fig. 40. — Détails de la pince à hystérectomie vaginale.



Fig. 41. — Pince à hystérectomie vaginale fermée.

peu considérable, leurs extrémités s'écartaient légèrement à mesure qu'on engrénait la crémaillère. Les tissus situés au voisinage de l'articulation étaient ainsi étroitement serrés, tandis que ceux que devait maintenir l'extrémité des mors demeuraient presque libres, pour

s'échapper dès qu'on en avait pratiqué la section. Cet accident a occasionné la mort de plusieurs malades (Doyen, Richelot, 1 cas), les artères utérines ayant saigné dans la cavité péritonéale.

Nous avons fait construire par Collin, pour remplacer ces modèles défectueux, des pinces à mors concaves et élastiques suivant leur longueur. La partie moyenne des mors se resserre à mesure qu'on rapproche les anneaux de la pince, et, lorsqu'on a atteint les derniers crans de la crémaillère, les mors sont au contact sur toute leur longueur. M. Collin a construit ces instruments avec une telle perfection, qu'on peut y serrer aussi étroitement un mouchoir plié en quelques épaisseurs ou le ligament large le plus épais (Voir *Fig.* 38, 39, 40, 41).

La cannelure longitudinale, large et profonde, de la face interne des mors doit s'arrêter à quelques millimètres de leur extrémité; elle a pour but de produire un écrasement plus complet des tissus, qui, presque entièrement sectionnés au bout de 48 heures, se détachent d'eux-mêmes au bout de quelques jours. C'est ce détail qui nous fait employer les mêmes pinces pour l'hémostase définitive des ligaments larges, dans notre procédé d'hystérectomie totale par la laparotomie, les ligatures les plus serrées ne tombant que beaucoup plus tard.

Les mêmes pinces nous servent pour l'hémostase temporaire des pédicules vasculaires, dans la laparotomie, quand il n'est pas indiqué de les lier immédiatement. Les petites pinces, que nous plaçons au-dessous des pinces cannelées, ont aussi des mors élastiques, de même que les longues pinces courbes qui nous servent à la fermeture temporaire de l'estomac et de l'intestin dans nos opérations de résection du pylore et nos gastro-entérostomies (1).

Les résultats que nous a donné l'hystérectomie vaginale méritent d'être mentionnés et sont tout à l'avantage du manuel opératoire que nous avons décrit plus haut.

Nos opérations sont au nombre de 112 et se répartissent ainsi : 23 cancers, et 89 castrations pour lésions diverses, comprenant 28 cas de fibromes. La mortalité, en bloc, a été de 6 cas. Notre première opérée a succombé (hémorrhagie due à une pince défectueuse); nous avons perdu 2 femmes parmi les 17 suivantes, 2 parmi les 41 suivantes et une seule des 53 dernières. Nous revien-

(1) Nous signalerons à ce propos 4 nouvelles opérations de résection du pylore, avec gastro-entérostomie, de 3 nouvelles gastro-entérostomies antérieures, et une gastroplastie pour rétrécissement de l'estomac en forme de bissac toutes suivies de guérison, ce qui porte à 10 cas, sans un seul insuccès (5 pylorectomies avec gastro-entérostomie; 4 gastro-entérostomies simples et 1 gastroplastie), le nombre de ces opérations, faites d'après notre procédé, à notre clinique particulière.

drons sur ces chiffres dans notre étude comparative des statistiques de divers chirurgiens.

Nous espérons, par l'expérience acquise, améliorer encore ces résultats, d'autant mieux qu'il s'est agi dans tous nos insuccès de complications que nous sommes en mesure aujourd'hui d'éviter presque à coup sûr.

3° *Hystérotomies.*

Nos opérations d'hystérotomies, c'est-à-dire les énucléations de polypes et de fibromes interstitiels, sont au nombre de 22. Nous avons pratiqué les premières en 1887. Nous avons enlevé par l'hystérotomie des fibromes pesant jusqu'à 2.200gr. Nous faisons actuellement de préférence, dans les cas où la coque utérine est très mince, l'hystérectomie totale : en effet, celles de nos opérées qui se trouvaient dans cette condition éprouvèrent des accidents fébriles dus à la suppuration de la loge du fibrome, cette loge, presque dépourvue de fibres musculaires, tardant à se rétracter, et restant flasque dans l'abdomen, malgré les irrigations chaudes, et de fortes doses d'ergotine. L'involution de l'utérus fut dans ces cas si longue à se faire, qu'on pouvait encore, 8 jours après l'opération, percevoir au palper la sonde intra-utérine au niveau de l'ombilic.

Ces 22 opérations furent toutes suivies de succès, à part une seule, faite tardivement pour un fibrome gangrené, chez une femme qui se trouvait déjà atteinte de septicémie et qui fut opérée d'urgence à la campagne. La mort, dans ce cas, n'est imputable qu'à la généralisation microbienne antérieure à l'opération.

Nos autres cas de fibromes gangrenés et opérés par l'hystérotomie ont en effet guéri sans accidents.

Notre procédé opératoire a toujours été sensiblement le même : section de la lèvre antérieure du col, si ce dernier n'était pas suffisamment entr'ouvert, et morcellement progressif de la tumeur, avec cette particularité que, de même que pour l'hystérectomie, nous incisons le ou les fibromes en V, d'avant en arrière, et longitudinalement, et que nous agissons toujours à leur surface, plutôt qu'à leur centre. Il nous est arrivé, grâce à plusieurs sections en V, d'attirer successivement au dehors, sans le détacher du reste de la tumeur, chaque segment ainsi formé, et d'extraire la masse totale parsemée d'incisures, mais presque d'un seul morceau. Cette méthode est des plus rapides et de beaucoup supérieure à l'évidement central conoïde du procédé de Péan.

§ III. — Résumé général.

Nous terminerons en parcourant en bloc nos résultats opératoires et en faisant ressortir les points originaux de notre pratique.

Mais il nous paraît intéressant de comparer d'abord notre statistique à celles d'autres chirurgiens, tant au point de vue du nombre de nos opérations annuelles que pour la proportion des insuccès.

I. — Nombre d'opérations annuelles.

Nous avons, à cet effet, recherché dans les cliniques de M. Péan et les statistiques de M. Terrier le nombre de leurs opérations annuelles de laparotomie et d'hystérectomie. Nous avons trouvé les chiffres suivants.

M. Péan a pratiqué de 1864 à 1878, c'est-à-dire en 14 ans, 300 laparotomies, soit annuellement 22; de 1878 à 1885, c'est-à-dire en 7 ans, 374 laparotomies et hystérectomies, soit annuellement 54. En 1885, nous relevons pour l'année, 97 opérations; en 1886, 127; et en 1887, 128.

Si nous consultons à leur tour les statistiques de M. Terrier, nous comptons : 50 laparotomies et hystérectomies en 1886; 51 en 1887; 54 en 1888; 87 en 1889; 118 en 1890; 139 en 1891.

Parmi ces chiffres, les laparotomies pour lésions de l'utérus et de ses annexes et les hystérectomies vaginales entrent en ligne de compte, dans les statistiques de M. Terrier, pour 45 cas (11 morts) en 1886; 42 cas (11 morts) en 1887; 40 cas (4 morts) en 1888; 74 cas (15 morts) en 1889; 91 cas (17 morts) en 1890; et 105 cas (14 morts) en 1891.

Il nous suffira, pour témoigner de l'activité de notre clinique particulière, de signaler également le nombre de nos opérations qui, depuis 1890, s'est accru dans des proportions telles qu'en 1891, nous avons fait 116 opérations de laparotomie et d'hystérectomie, comprenant 66 laparotomies et 50 hystérectomies.

Le 15 septembre 1892, nous atteignions pour l'année courante, laparotomies et hystérectomies réunies, le chiffre de 92 opérations, et à la fin de novembre, celui de 125, comprenant 40 hystérectomies vaginales et 85 laparotomies.

Le nombre total des malades opérés à notre clinique depuis le 1er janvier était, à la même époque, de 400, c'est-à-dire que 31 % d'entre eux y avaient subi la laparotomie ou l'hystérectomie.

II. — Résultats opératoires.

A. Ovariotomies.

1° *Statistiques comparatives.* — M. Péan, dans ses premières statistiques, sépare les kystes de l'ovaire et ceux du ligament large, qui donnent jusqu'en 1885 une mortalité de 15 °/₀ pour les premiers (419 cas) et de 38 °/₀ pour les derniers (55 cas). En 1885, la mortalité pour kystes de l'ovaire et du ligament large réunis est de 11 °/₀ (54 cas), pour tomber en 1886 et 1887 à 5,1 °/₀ (1).

M. Terrier, sur 200 ovariotomies faites de 1874 à 1889, compte 37 morts (18 °/₀).

M. Terrillon, sur 270 opérations analogues faites de 1880 à 1892, 24 morts, soit 8,6 °/₀.

La plus belle statistique appartiendrait à Lawson-Tait, qui ne mentionne que 9 morts sur 272 opérations, soit 3,3 °/₀.

2° *Statistique personnelle : a) Ovariotomies proprement dites.* — Nous avons signalé, parmi nos opérations, 65 tumeurs de l'ovaire et du ligament large, dont 62 non suppurées et 3 infectées de bactéries pyogènes et compliquées de péritonite. Sur ces dernières, nous avons perdu 2 malades, tandis que, sur les 62 tumeurs non suppurées, nous n'avons pas eu d'insuccès dépendant de l'opération, la seule femme que nous ayons perdue étant morte de broncho-pneumonie bilatérale et se trouvant âgée de 75 ans.

Toutes les personnes atteintes de kystes ou fibromes de l'ovaire non suppurés et âgées de moins de 70 ans ont donc guéri; et si nous comptons les 2 cas de mort après opération de kystes suppurés, bien que ces deux insuccès ne puissent être mis sur le compte de l'intervention, les malades, dont l'une était diabétique, se trouvant presque mourantes lors leur arrivée à la clinique, nous obtenons sur 64 cas une mortalité inférieure à celle de Lawson-Tait, c'est-à-dire 3,1 °/₀.

(1) Nous trouvons fréquemment notés comme cause de la mort : embolie, inanition, alcoolisme, méningite, hématémèse, étranglement interne, accidents de convalescence (tels qu'un abcès stercoral et une perforation intestinale); ces termes nous semblent une interprétation tout artificielle de véritables complications opératoires, où nous n'avons pas de peine à reconnaître le plus souvent la péritonite et la septicémie. Cette tendance à attribuer à des causes extra-opératoires les insuccès chirurgicaux n'a nulle part été mieux exagérée que dans la thèse de M. Gauchas, inspirée par M. Verneuil (1882), sur la stéatose du foie, que l'auteur met en première ligne, en rejetant presque comme accessoires et secondaires l'infection purulente et la péritonite.

b) Tumeurs malignes (opérations incomplètes). — Les tumeurs de mauvaise nature ont donné, sur 9 cas, 33 % d'insuccès. Ces cas ne prêtent guère à la discussion, les tumeurs malignes s'accompagnant d'un degré de cachexie bien variable et pouvant donner lieu à des tentatives opératoires de gravité fort différentes.

B. Ablations d'annexes par la laparotomie.

1° *Statistiques comparatives.* — Les ablations d'annexes par la laparotomie donnent une mortalité fort inégale, suivant qu'on opère de simples ovario-salpingites catarrhales, des kystes tubaires séreux ou hématiques, ou que l'on tente, au contraire, l'ablation de tumeurs suppurées et adhérentes à contenu très virulent.

Les ablations d'annexes sans lésions, ou opérations de Battey (castrations proprement dites) sont sans gravité et ne donnent pas de mortalité opératoire.

Nous avons réuni, à l'exemple de la plupart des chirurgiens, les cas les plus divers, de telle sorte que nos totaux comportent une moyenne de 50 % de cas compliqués.

La mortalité de l'opération, ainsi envisagée en bloc, bons et mauvais cas compris, s'est montrée la suivante :

Terrier, de 1886 à 1892, sur 143 ablations d'annexes, a eu 18 morts, soit 12,7 %.

Terrillon a communiqué en 1891, au 5e Congrès français de Chirurgie, sa statistique générale. Il avait opéré, depuis 1886, 140 cas avec 9 morts, soit 6,4 %.

2° *Statistique personnelle.* — Nous avons vu dans la première partie de ce mémoire que 60 laparotomies pour lésions des annexes ou hystéropexies nous avaient donné 6 insuccès (10 %), et que, sur ces 6 cas malheureux, 3 étaient dus à l'emploi fortuit, malgré les précautions antiseptiques générales les plus minutieuses, de catgut septique. Ces 3 cas de mort auraient donc pu être évités, ce qui donnerait une proportion de 5 % d'insuccès : le meilleur moyen, d'ailleurs, de ne pas avoir d'accidents septiques dus au catgut, eût été de ne pas demeurer éclectique et d'opérer sans exception par le vagin.

C. Hystérectomies abdominales.

1° *Statistiques comparatives.* — L'hystérectomie abdominale a toujours été considérée comme plus grave que l'ovariotomie ; il suffit, pour nous en rendre compte, de nous reporter à diverses statistiques.

Péan, avant 1885, signale une mortalité de 32 °/₀ sur 84 cas. En 1886, la proportion de ses insuccès est encore de 31 °/₀ (16 cas) et, en 1887, 30 °/₀.

Les statistiques ont été dès lors dissociées, certains chirurgiens s'attachant à démontrer la supériorité d'un procédé particulier : le traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule a été généralement mis en cause, et P. Woehmer, en 1887 (Pozzi, p. 337), avait déjà réuni 574 opérations, donnant, pour le traitement extérieur du pédicule, sur 262 cas, 24 °/₀ de mortalité, et pour la réduction, sur 312 cas, 28,2 °/₀ d'insuccès.

Zweifel conclut également en faveur de la méthode extra-péritonéale (1888) et donne en sa faveur la proportion de 22 °/₀ d'insuccès (130 cas) contre 32 °/₀ pour la méthode intra-péritonéale (116 cas). C. Braun, de 1887 à 1890, a perdu 4 malades sur 38 opérations par la méthode extra-péritonéale, soit 10,5 °/₀. Albert (1889) n'a enregistré que 1 mort sur 30 hystérectomies faites par la même méthode.

En France, Terrier, sur 38 hystérectomies avec traitement extérieur du pédicule, a perdu 15 opérées, soit 39,4 °/₀, et par le traitement intra-péritonéal du pédicule, 4 malades sur 8, soit 50 °/₀ (Pozzi, p. 340).

Segond, sur 20 cas (méthode extra-péritonéale), a eu 9 morts, soit 45 °/₀.

La même méthode a donné à Richelot, sur 16 cas, 18 °/₀ d'insuccès. Terrillon, au contraire, n'a perdu que 11,7 °/₀ de ses opérées par le traitement extérieur du pédicule (26 cas), et 11,1 °/₀ en réduisant le pédicule (28 cas).

Pozzi se montre partisan de la méthode extra-péritonéale, qui lui a donné 13,1 °/₀ d'insuccès sur 16 opérations.

Nous avons relevé, dans les statistiques de Terrier, de 1885 à 1892, 61 hystérectomies abdominales, dont une partie se trouve comprise dans les chiffres cités par Pozzi, et qui donnent en bloc 36 guérisons et 25 morts, soit l'énorme proportion de 41 °/₀ d'insuccès; parmi les opérations, datant des trois dernières années (1889, 1890 et 1891), et où le mode de traitement du pédicule est noté, nous

comptons : 23 opérations à pédicule extérieur avec 9 morts (39 %) et 7 avec réduction du moignon cervical, avec 4 morts (57 %) (1).

2° *Statistique personnelle : a) Tumeurs malignes (Opérations incomplètes).* — Nos opérations incomplètes pour tumeurs malignes et suppurées de l'utérus, faites par la laparotomie, témoignent de la gravité de ces interventions, puisque nos 5 malades ont succombé, bien que dans un cas nous n'ayons fait qu'une simple exploration.

b) Hystérectomie avec traitement extérieur du pédicule. — 30 fois, nous avons tenté le traitement extra-péritonéal du pédicule ; une de nos malades, opérée *in extremis* pour un énorme fibrome putréfié, se trouvant hors de cause, pour juger de la valeur du procédé, il nous reste : 29 cas, avec 3 morts, soit 10,4 %.

Tout d'abord, sur 25 opérations, nous n'avions eu qu'un insuccès, et encore s'agissait-il d'un cas de mort par accidents cardiaques, consécutifs à l'influenza, et survenus chez une femme presque en convalescence, lorsque, sans autre cause que la brièveté relative des pédicules, nous perdîmes coup sur coup 2 malades : notre statistique se trouvait de ce fait assombrie et la mortalité de l'opération s'était accrue de 4 % (25 cas), à 10,4 % (29 cas).

c) Traitement intra-péritonéal du pédicule. — Une tentative de réduction du pédicule nous donna un insuccès : les accidents survenus à Terrier vers la même époque nous engagèrent à abandonner ce procédé.

d) Hystérectomie totale. — C'est alors que nous pratiquâmes l'hystérectomie totale, dont nous avons donné plus haut le manuel opératoire.

Nos hystérectomies totales nous donnèrent toute satisfaction, plusieurs de ces cas étant, comme nous l'avons dit, inopérables par tout autre procédé, et nos 11 opérations ne comptant qu'un seul cas de mort survenu le 14e jour, et dû à une broncho-pneumonie bilatérale, contractée au début de l'épidémie d'influenza du commencement de l'année.

Ces 11 hystérectomies totales n'ont donc été suivies d'aucun insuccès du fait de l'opération, et, en tenant compte de notre unique cas de

(1) Certains chirurgiens de Paris en étaient arrivés, dans ces derniers temps, à s'abstenir des opérations de fibromes par la laparotomie. Cet aveu d'impuissance devait momentanément mettre en relief les Electriciens qui s'improvisèrent bien vite et électrisèrent sans diagnostic, comme sans résultats, fibromes, kystes de l'ovaire et cancers du péritoine, pour nous renvoyer des malades incurables et couvertes d eschares ou de cicatrices. Leur pratique empirique n'a pas tardé à retomber dans la déconsidération et dans l'oubli.

broncho-pneumonie mortelle que nous pourrions éliminer comme extra-opératoire, la mortalité totale n'est encore que de 9 °/₀ (1).

D. Hystérectomies vaginales (2).

1° *Statistiques comparatives.* — Si nous parcourons les statistiques les plus complètes, la mortalité de l'hystérectomie vaginale, comme nous l'avons vu plus haut, fut d'abord de 32 °/₀ environ (1884), pour tomber en 1886 à 15 °/₀ (Martin).

Ces résultats ont été dépassés depuis, et Sécheyron mentionnait en 1889 une première série de 25 succès consécutifs obtenus par Péan. Toutefois, dans les statistiques de Terrier, de 1886 à 1892, nous avons relevé 44 opérations d'hystérectomie vaginale, dont 2 seulement pour suppurations pelviennes, avec 10 insuccès, soit 22,7 °/₀, et Bouilly sur 48 cas aurait eu, d'après Pozzi, 28 °/₀ d'insuccès.

La série la plus remarquable d'hystérectomies vaginales pour cancer serait celle de Léopold (Pozzi, p. 413), qui ne perdit que 4 malades sur 80 opérations, soit 5 °/₀.

Si nous envisageons plus particulièrement l'hystérectomie pour affections de l'utérus et des annexes autres que le cancer, nous comptons, dans la statistique de Richelot (*Congrès de Bruxelles,* sept. 1892), 134 opérations avec 9 morts (6,7 °/₀) ; sur ces 134 cas, il ne s'agit que 30 fois de suppurations pelviennes, avec 4 insuccès, c.-à-d. 10,2 °/₀.

Segond mentionne (*Congrès de Bruxelles,* sept. 1892), 102 hystérectomies pour lésions des annexes, avec 11 morts, soit 10,7 °/₀. Sur 20 cas difficiles, Segond n'a laissé que 11 fois les annexes. Il signale

(1) Nous venons de pratiquer par le même procédé, deux nouvelles hystérectomies totales, suivies de guérison absolument apyrétique (janvier 1893).

(2) Il est difficile, pour l'hystérectomie vaginale, de se baser sur les résultats obtenus par Péan, presque toutes ses opérées étant signalées comme guéries. Les statistiques de M. Péan contiennent en outre certaines erreurs de chiffres ; et, pour ne citer que la plus considérable : sur 67 hystérotomies signalées en 1886, il s'est glissé une erreur de 23 cas, la récapitulation des opérations donnant le nombre plus restreint de 44. Les hystérotomies, ou simples incisions de l'utérus, sont en outre confondues dans le volume VII des *Cliniques*, sous la dénomination commune d'hystérectomies totales, avec ces dernières, de telle sorte que, sur 24 opérations, nous n'avons relevé que 8 cas d'ablation totale de l'utérus contre 16 cas d'incision simple ou d'énucléation de fibromes qui devraient être classés à part. De 1882 à 1888, nous trouvons ainsi : 33 hystérectomies totales pour cancer, avec 3 morts (21 0/0), 19 hystérectomies pour fibromes et inflammations, avec 3 morts (15,7 0/0) et 58 hystérotomies, toutes suivies de succès. Contradictoirement, pour ces dernières opérations nous avons relevé dans le mémoire de Sécheyron, antérieurement à 1888, 43 hystérotomies avec 4 morts, soit 9,3 0/0. Nous n'avons plus retrouvé ces cas d'insuccès dans les Cliniques du maître.

Au Congrès de Berlin (août 1890), Péan mentionna 60 hystérectomies vaginales pour métrites et suppurations, sans un seul insuccès, et 200 opérations pour myomes, avec 4 morts. (*Bull. méd.*, p. 817, 1890.)

Au Congrès de Bruxelles, Péan vient de signaler 90 nouvelles hystérectomies pour lésions inflammatoires, avec 1 seul insuccès.

Les divergences que nous venons de signaler doivent s'expliquer sans doute par un classement imparfait de ses observations.

comme complications opératoires quelques fistules vésico-vaginales qui ont guéri seules ou bien ont nécessité des interventions ultérieures. Dans 5 cas il a observé, après le 3e jour, des hémorrhagies importantes, qui se sont arrêtées d'elles-mêmes.

2° *Statistique personnelle.* — Nos hystérectomies vaginales sont au nombre de 112, dont 23 pour cancer (2 morts), 28 pour fibromes (1 mort), et 61 pour lésions non néoplasiques (3 morts). Nous ferons remarquer à ce propos que notre 1re hystérectomie est morte d'hémorrhagie, par suite de l'emploi d'une pince défectueuse (modèle de Richelot), et que, sur les 18 premières opérations nous avons perdu 3 malades, soit 16,6 °/o, pour avoir 2 insuccès seulement sur les 41 suivantes (4,8 °/o), et 1 sur la dernière série, qui est de 53 cas, soit 1,88 °/o.

Ces chiffres prouvent combien sont devenues bénignes, entre les mains de certains chirurgiens, les opérations encore réputées les plus graves, comme l'ovariotomie et l'hystérectomie abdominale ou vaginale qui peuvent donner aujourd'hui, bons et mauvais cas compris, la proportion remarquable de 90 à 98 °/o de succès.

E. Hystérotomies.

Ces dernières opérations sont sans gravité, à moins d'opérer, comme il nous est arrivé dans un cas, une femme atteinte déjà de péritonite. Nos 21 autres malades ont guéri sans accidents, bien que chez plusieurs d'entre elles il se soit agi de fibromes énormes, sphacélés et putréfiés.

§ IV. — Note sur la question de priorité dans la castration utérine pour lésions suppuratives des annexes et sur l'originalité de notre procédé d'hystérectomie vaginale.

I. Historique.

M. Segond, au Congrès de Bruxelles, crut devoir soulever, à l'occasion de notre communication, au cours de laquelle nous avions signalé la date du 3 décembre 1887 comme étant celle de notre première castration utérine pour lésions suppuratives des annexes, la question de priorité. Nous lisons à ce propos dans le *Bulletin médical:*

« Je regrette que M. Doyen ait attendu jusqu'à 1892 pour revendiquer la priorité dans l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes; j'estime donc que le nom de Péan, qui l'a érigée en méthode et en a décrit le manuel, doit lui être conservé. Le procédé de morcellement de fibromes décrit par M. Doyen comme un procédé nouveau n'est, sauf la régularité géométrique

des fragments réséqués, que l'évidement central conoïde, sans hémostase préalable, pratiqué par Péan depuis de longues années. La durée du morcellement vaginal, que l'hystérectomie soit concomitante, préalable ou complémentaire, est une opération à laquelle on doit certainement assigner plus de 20 minutes comme durée moyenne. » (*Bull. méd.*, 1892, p. 1239.) (Segond.)

La *Semaine médicale* écrivait à son tour :

« Si M. Doyen a, dès 1887, pratiqué de parti pris une hystérectomie vaginale dans un cas de suppuration pelvienne, il s'est fait, à cette époque, si peu de bruit autour de son opération, qu'on ne l'a pas connue, et pour ma part je crois toujours que la priorité revient, malgré cette tentative antérieure ignorée, tout entière à M. Péan. D'autre part, M. Doyen parle du procédé par morcellement qui lui est propre. C'est, à n'en pas douter, le procédé par morcellement imaginé depuis longtemps par M. Péan et qui comprend la résection successive des 2 valves antérieure et postérieure de l'utérus par tranches horizontales, ou bien l'évidement central, qui est meilleur au point de vue de l'hémostase. Enfin, la section médiane de l'utérus est préférée par M. Doyen. Soit, mais je ferai remarquer que cette section avait été conseillée d'abord par M. Müller, en 1881. » (*Sem. méd.*, p. 385, 1892.) (Segond.)

M. Segond ayant largement usé de son droit de parole au *Congrès de Bruxelles*, il nous était impossible, sans abuser des instants de nos collègues, de lui répondre immédiatement. Nous avons donc cherché à élucider la question, en lisant avec attention les livres de M. Péan, que nous avons parcourus avec beaucoup d'intérêt, et les publications de M. Segond, dont notre excellent collègue a bien voulu nous faire l'hommage.

Nous ferons remarquer tout d'abord que nous n'avions aucunement réclamé la priorité de l'hystérectomie pour lésions suppurées des annexes, et que nous n'avions signalé la date de nos premières opérations que pour prendre le rang jusqu'alors méconnu, malgré notre communication du 1er avril 1891, et qui nous appartenait de droit, parmi les premiers partisans de ce mode d'intervention.

La question de priorité, soulevée par l'éminent chirurgien au profit de Péan, nous oblige à revenir sur les opérations de ce dernier et à insister sur des détails que nous ignorions il y a quelques semaines. Et ce n'est pas sans un profond étonnement que nous avons constaté que Péan n'avait fait avant 1882 aucune ablation d'annexes, pour n'atteindre en 1886 que le chiffre encore si restreint de 10 opérations, toutes par la laparotomie. Nous pensions également que Péan pratiquait plusieurs années avant nous-même l'hystérectomie vaginale pour lésions des annexes, lorsque nous nous sommes aperçu, en parcourant ses Cliniques, que, loin d'avoir substitué de propos délibéré à la laparotomie la castration vaginale, il ne choisit cette voie que pour remédier à un insuccès complet d'une laparotomie antérieure et n'avait encore fait en décembre 1887 que 3 de ces opérations, pour ne s'attaquer que quelques mois plus tard, par l'hystérectomie, à des cas de lésions suppurées péri-utérines. A propos de sa première ablation de l'utérus par le vagin pour métrite douloureuse (16 fév. 1885), opération faite chez une femme où l'ablation des annexes, pratiquée le 25 mars 1882, n'avait amené aucun soulagement, Péan fait remarquer

qu'il opéra « sur la demande formelle du médecin traitant, de la malade et de la famille »; le 8 mars 1886, il enleva un ovaire procident par le vagin, en respectant l'utérus. En juillet, il fit au contraire une laparotomie pour lésions des annexes. En novembre, il enleva de nouveau les annexes par le vagin, et pratiqua chez une autre femme l'hystérectomie totale par cette voie. Dans cette seconde tentative, les annexes furent laissées ; dans la première opération, il n'avait pu en être question, puisqu'elles avaient été enlevées antérieurement par la laparotomie. Jusqu'alors Péan hésitait et n'avait pas de procédé bien réglé.

Le 8 novembre 1887, seulement, il fit sa 3e hystérectomie pour lésion non néoplasique, dans un cas analogue à celui qui avait nécessité sa première opération ; les annexes avaient été enlevées dans deux opérations antérieures. Il n'appliquait donc encore l'hystérectomie pour lésions inflammatoires qu'à des cas d'exceptions.

M. Péan paraît également n'avoir fait à cette époque l'hystérectomie totale pour fibromes que dans les cas où les dégâts survenus au cours du morcellement altéraient tellement la structure de l'utérus, qu'il devenait dangereux de le conserver. Le procédé de choix était encore pour lui l'hystérotomie, et c'est par l'incision simple de l'utérus qu'il opéra, en 1881, un kyste hématique du fond de l'utérus (28 juill.), en 1887 (17 janv.), un kyste hydatique du même organe, et, en février, mars et mai de la même année, 3 cas de suppurations péri-utérines, dont l'une était compliquée de fistule rectale.

Péan classait ces opérations sous le titre de *Kystes utérins*. Sécheyron, dans sa thèse (1888) et dans son mémoire (1889), tous deux inspirés par Péan, son maître, signale les mêmes cas dans un chapitre également intitulé : *Hystérotomie vaginale pour kystes utérins et juxta-utérins*.

La thèse de notre ami le Dr Sécheyron (1888), ne traitant que de l'hystérotomie, tandis que ses additions concernant l'hystérectomie datent de 1889, nous pouvons considérer comme l'opinion de Péan à cette époque l'appréciation de Sécheyron sur cette dernière opération. Sécheyron recommande la castration utérine comme préférable à l'ablation simple des annexes (p. 600). « M. Péan, dit-il, à plusieurs reprises, chez des femmes qui avaient des douleurs tenaces, intolérables, a enlevé l'utérus, mais laissé les annexes..... Il paraît même à M. Péan qu'après la castration utérine les annexes tendent à s'atrophier. La castration utérine paraît donc plus recommandable que la castration ovarienne. Le mieux serait d'être plus radical encore et d'enlever l'utérus avec ses annexes. »

L'auteur ajoute dans une note : « M. Doyen nous communique l'observation suivante : cas d'hysterectomie vaginale pour métrite chronique, guérison ; les 2 ovaires, gros comme des mandarines, et purulents, furent enlevés au cours de l'opération.... » et continue : « L'extirpation de certains ovaires, surtout s'ils étaient augmentés de volume, peu entachés d'adhérences, et prolabés, serait facile. La recherche de certains autres serait au contraire fort difficile et leur extirpation très laborieuse; il serait peut-être préférable, dans ces cas, de ne pas insister, et d'attendre les résultats de l'ablation de l'utérus. »

Et, plus loin, p. 605 : *Hystérectomie* vaginale dans les inflammations péri-utérines. « Un nouveau chapitre d'indications opératoires de l'hystérectomie

vaginale vient de s'ouvrir ; M. Péan, se trouvant en présence de deux malades très affaiblies, en danger de mort, et affectées de suppurations péri-utérines, a proposé et exécuté avec succès l'hystérectomie vaginale. L'opération était une opération de nécessité : il fallait conjurer par une tentative extrême une issue considérée comme fatale à brève échéance. Rarement des cas analogues, entraînant une opération aussi grave, se présenteront. Ce chapitre renferme en tout 2 opérations de Péan, datant du 2 *juin* et du 30 *août* 1888. Les annexes ont été laissées. »

Dans un appendice, Sécheyron cite, comme opérations pour phlegmasies utérines et péri-utérines, les 2 opérations du 12 et du 20 décembre 1887, que nous avons signalées plus haut, et qui se rapportent, non pas à des phlegmasies péri-utérines primitives, mais à des kystes ovariens multiloculaires suppurés.

La première hystérectomie de Péan pour pelvi-péritonite suppurée date du 6 mars 1888 (p. 784), et se trouve ainsi de 3 mois postérieure à notre première hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes.

Enfin nous lisons, dans les conclusions, au chapitre : Hystérectomie vaginale pour phlegmasies péri-utérines : « Les phlegmasies péri-utérines entraînant des suppurations à longue durée, des accidents septicémiques, peuvent nécessiter une opération radicale comme l'hystérectomie vaginale. L'opération est alors l'ultime ressource, une dernière chance de succès. »

Péan fut plus affirmatif dans sa communication à l'Académie (8 juill. 1890) et conseilla, dans tous les cas graves de lésions inflammatoires péri-utérines, de recourir d'emblée à l'hystérectomie vaginale (*Bull. méd.*, p. 633 et suiv.). Nous avons vu que c'est la lecture de cette communication qui engagea Segond à voir opérer Péan, pour l'imiter peu après. Nous avons vu également que tous deux ne font l'ablation des annexes qu'accessoirement et quand, après l'ablation de l'utérus, elles se présentent à la vulve.

La question de l'ablation des annexes étant à l'ordre du jour du 5e Congrès français de Chirurgie, qui s'ouvrait 6 mois plus tard, nous avons réservé nos documents pour ce Congrès.

Nous nous sommes montré, dans la séance du 1er avril 1891, franchement partisan de la castration totale par le vagin, et nous y avons développé les résultats de nos 20 premières opérations.

Nous avons indiqué de plus « l'année 1887 » comme l'époque où nous avions fait nos premières castrations totales par le vagin et nous avons pris soin de signaler notamment notre 1re ablation vaginale de l'utérus et des annexes comme ayant été faite de propos délibéré et pour lésions suppurées.

Notre communication, qui était basée sur 56 opérations, dont 20 hystérectomies vaginales, et qui apportait à l'appui des idées de Segond des opérations de 3 ans antérieures à celles de notre collègue, paraît, malgré son importance, être restée absolument méconnue.

Quénu, Routier (1891 et 1892) et Segond lui-même (1892) n'en firent aucune mention. Si l'on vient donc à nous reprocher aujourd'hui le peu de bruit qui s'est fait autour de nos opérations, nous serons obligé de répondre qu'il faut être un Péan ou un Segond pour lancer aussi brillamment un nouveau procédé,

et que le peu d'attention que prêtent certaines sociétés de la capitale aux communications qui n'émanent pas d'un de leurs membres assure aux chirurgiens de province le seul privilège de rester ignorés.

Heureusement nos confrères de la région appréciaient nos succès, et bien de nos amis pourraient témoigner que, dès 1887, ils connaissaient les indications de la castration totale par le vagin et spécifiaient, en nous envoyant leurs malades, qu'il était nécessaire d'enlever, non seulement l'utérus, mais aussi les annexes. Le nombre de nos opérations en est la meilleure preuve.

Nous nous sommes donc contenté d'amasser de nouveaux documents et nous avons patiemment attendu le Congrès de Bruxelles, persuadé qu'à l'étranger, au moins, nous pourrions obtenir quelque attention de nos compatriotes les chirurgiens de Paris.

Il est donc bien établi que nous avons donné avant Péan les indications de la *castration totale* par le vagin, ce dernier n'enlevant qu'accessoirement les trompes et les ovaires, alors que depuis plusieurs mois nous suivions la pratique opposée, et que nous avons pratiqué avant lui la castration vaginale pour lésions suppurées des annexes.

Nos opérations ont de plus ce point d'originalité, que nous avons fait de propos délibéré la castration utéro-ovarienne totale par le vagin près d'un an avant d'avoir tenté la simple ablation des annexes par la laparotomie et que nous avons décidé en connaissance de cause de supprimer d'emblée la totalité des organes génitaux internes, tandis que M. Péan n'a fait sa première ablation de l'utérus par le vagin que par nécessité, dans un cas d'insuccès de l'ablation antérieure des annexes.

II. Originalité de notre procédé d'hystérectomie vaginale.

Notre procédé d'hystérectomie vaginale n'est-il, comme a semblé le croire M. Segond, qu'une double copie du procédé de Müller (section longitudinale) et du procédé de Péan (morcellement) ? Il n'en est rien, et s'il a pu régner dans l'esprit de M. Segond, au cours de la séance du Congrès de Bruxelles où il a pris à tâche de combattre l'originalité de ce procédé, quelque incertitude, c'est que nous n'avions pu disposer d'un temps suffisant (5 minutes) pour en développer les détails.

Afin d'éclaircir le 1er point, nous avons lu en entier les deux premiers mémoires de Müller, et notamment le second, où l'auteur fait ressortir les avantages de « la section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale. »

Müller s'exprime ainsi :

« S'il y a de la difficulté à extraire l'utérus, on peut y obvier facilement en divisant l'utérus renversé en arrière, ou simplement attiré vers l'opérateur, en deux moitiés symétriques, par une incision verticale. Cela fait, on peut extraire facilement les deux moitiés de l'organe avec leur ligament respectif et lier l'un comme l'autre avec la même facilité. » (*Eine Modification des Vaginal-total-Extirpation des Uterus;* in *Cent. f. Gynæk.*, p. 113, 1882.)

Outre que nous ignorions en 1887 le mémoire assez peu détaillé de Müller, il est aisé de voir, en se reportant à la description de notre procédé, que notre

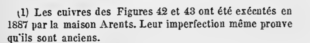
manière de faire est tout autre et que notre section de la paroi antérieure seule de l'utérus, sans hémostase préalable, diffère absolument de la « division de l'utérus en deux moitiés symétriques », qui expose notamment *à la réduction momentanée dans le péritoine, au cours de l'hémostase définitive du 1er ligament large*, d'une moitié de l'utérus ulcéré ou cancéreux, *c'est-à-dire à l'infection de la séreuse.* L'inutilité de la section totale de l'utérus et l'inconvénient grave que nous venons de signaler nous avaient frappé dès nos premières opérations. M. Quénu n'ayant tenté la section médiane de l'utérus qu'en 1891, c'est-à-dire 4 ans après nos premières communications à la Société médicale de Reims, et plusieurs mois après notre communication au 5e Congrès Français de Chirurgie, nous protestons contre la dénomination de « Procédé-Müller-Quénu », donné par Segond au procédé de section médiane de l'utérus. Les détails du procédé de Quénu sont d'ailleurs assez vagues (*B. et M. de la Sociét. de Chir.*, 4 nov. 1891, p. 633 et suiv.), et nous ne saisissons pas bien pourquoi, « après avoir libéré le col, il place à l'étage inférieur des ligaments larges, une pince courte et solide, pour lui substituer, craignant



Fig. 42. — Utérus cancéreux enlevés le 12 février 1887 (col et corps) et le 19 mars 1887 (col). Les pinces à pression élastique, photographiées avec les pièces, ont été construites entre ces deux opérations (1).



Fig. 43. — Utérus fibromateux et enclavé, enlevé par le vagin le 17 mai 1887. — En bas, les 3 premiers fragments du corps utérin, incisé sur la ligne médiane. Au-dessus, un volumineux fibrome interstitiel. Enfin la masse principale, enlevée d'une seule pièce. Le col est totalement fendu d'avant en arrière : l'utérus n'est incisé que sur sa face antérieure. Dimensions de la tumeur : 19 c. × 13 c.



(1) Les cuivres des Figures 42 et 43 ont été exécutés en 1887 par la maison Arents. Leur imperfection même prouve qu'ils sont anciens.

d'être gêné par cet instrument, une ligature de soie ». Quénu coupe alors le col, non pas latéralement comme le font Péan et Segond, « mais sur la ligne médiane, à mesure qu'il est décollé. » Plus tard, M. Routier (*Ann. de Gynéc.*, 1892, p. 328) déclare « qu'avec les deux modifications de M. Quénu : *boutonnière vaginale rétro-utérine et hystérectomie par section médiane*, il emploie plus volontiers cette opération dans les cas de lésions des annexes. »

Nous comprenons peu l'enthousiasme de M. Routier pour un procédé aussi défectueux où l'hystérectomie, loin d'être simplifiée, semble compliquée comme à loisir par un mélange hybride de forcipressure et de ligatures.

Nous représentons, dans les deux gravures ci-jointes (Voir *Fig.* 42 et 43), d'après des photographies faites en 1887, nos trois premières pièces d'hystérectomie vaginale. Ces planches témoignent que nous n'avons pas sensiblement changé depuis cette époque notre manière de faire.

Nous n'en pourrions pas dire autant de Péan, qui, en 1887, n'avait pas encore réglé son manuel opératoire et était loin de faire méthodiquement dans tous les cas la section transversale et l'ablation du col qu'il a préconisées plus tard. Quelques citations en donneront la preuve.

En 1889 Secheyron décrit ainsi, suivant Péan, le manuel opératoire de l'hystérectomie :

1° Libération du col des insertions vaginales..... « C'est le moment de l'opération où les pinces hémostatiques sont le plus nécessaires, car, avant de poursuivre l'opération, il faut obtenir une hémostase complète » ;

2° Section du col et de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur ;

3° Morcellement de la tumeur, suivi ou non de l'énucléation d'une de ses parties ;

4° Excision et suture des lèvres du col. (Cette excision n'est mentionnée que dans le titre du paragraphe.)

Pour ce qui concerne l'hystérectomie totale, Péan préconise (Secheyron, 1889, et *Clin.*, t. VII, 1890) le pincement préventif des ligaments larges, tout d'abord à leur base, afin de n'en détacher latéralement l'utérus, et plus tard (Fig. 20, Secheyron) le pincement de leur partie supérieure au cours de la bascule de l'utérus, dont l'extraction n'est faite qu'à l'aide de la section totale de ces ligaments. Dans certains cas, le morcellement est indiqué ; il se fait, ajoute Secheyron, comme dans l'hystérotomie. Péan recommande encore le cautère et conseille « d'en avoir 3 à sa disposition. »

Dans sa communication à l'Académie (juill. 1890) (*Bull. méd.*, p. 633), Péan recommande de nouveau le morcellement, mais néglige d'en donner le manuel opératoire, que nous trouvons ainsi décrit pour la première fois d'une façon méthodique dans un N° ultérieur (*Bull. méd.*, p. 817) :

1° Abaissement et dissection du col ;

2° Hémostase des ligaments larges au moyen de pinces ;

3° Ablation du col ;

4° Incision bilatérale, morcellement et ablation du corps de l'utérus ;

5° Hémostase du bord supérieur des ligaments larges ;

6° Excision de l'utérus.

La description par lui-même du procédé de Péan le cède toutefois de beau-

coup en clarté à l'exposé que nous en a donné si brillamment, en 1891, M. Segond, et c'est surtout à la lecture du mémoire de M. Segond que l'on reconnaîtra les divergences sans nombre qui existent entre les deux procédés en litige.

M. Segond mentionne différents temps (*Ann. de Gyn.*, mars 1891) :

1° Abaissement du col, libération des insertions vaginales, et section bilatérale, après application de pinces sur la partie inférieure des ligaments larges;

2° Résection des deux valves ainsi obtenues ;

3° Section bilatérale du corps, et évidement conoïde de l'utérus;

4° Abaissement du fond de l'utérus et pincement du bord supérieur des ligaments larges;

5° Section de la partie supérieure des ligaments et extraction de l'utérus.

6° Ablation des annexes, « si elles ne sont pas trop adhérentes, et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur ».

Or, on a vu plus haut (p. 509 et suiv.) que notre procédé comprend au contraire les temps suivants :

1° Abaissement du col, saisi de chaque côté par une pince à griffes, qui y demeure fixée jusqu'à la fin de l'opération ; section circulaire du vagin, ouverture du cul-de-sac de Douglas, et décollement de la face postérieure de l'utérus, s'il y a des adhérences pelviennes.

2° Refoulement de la vessie et des uretères avec l'index droit; section longitudinale de la paroi antérieure du col, et ouverture, au premier ou au second coup de ciseaux, du cul-de-sac péritonéal antérieur, visible à la face antérieure de l'utérus.

3° Abaissement progressif de la partie antérieure du corps utérin par des prises successives, faites à l'aide de 4 pinces qui le saisissent de plus en plus haut ; on prend soin, après chaque prise, de prolonger la section de la paroi antérieure de l'organe, afin de faciliter son renversement au dehors. Si l'utérus est trop volumineux, section en V de sa paroi antérieure, et extraction par morcellement du V ainsi obtenu, qui peut cependant assez souvent être sorti en entier hors de la vulve, grâce à des tractions latérales alternatives et bien combinées.

4° Le fond de l'organe est attiré au dehors, et à sa suite les annexes, dont les adhérences sont au besoin détachées avec les doigts. On incise s'il y a lieu les poches ovariennes ou tubaires, afin d'en diminuer le volume.

5° Application sur l'un des ligaments larges, le gauche d'habitude, et au-dessus des annexes, d'une pince à pression élastique, introduite presque verticalement de haut en bas. Une pince plus grêle est placée au-dessous de la grande, pour plus de sécurité, et le ligament est sectionné au-dessous d'elle.

6° Pincement définitif du 2e ligament, au-dessus des annexes, et libération de l'utérus.

A propos de l'ablation des annexes, Segond, qui suit en tous points la pratique de Péan, nous dit : « Quand l'utérus est en contact avec les collections purulentes..., c'est au cours de l'ablation de cet organe qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs, et l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine *avec ou même* sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux. Sinon il faut, après avoir enlevé

l'utérus, aller à la recherche du pus. Quand les adhérences des poches sont solides, il faut savoir se contenter d'une ablation incomplète et de leur simple ouverture ». Et plus loin : « Il faut enlever autant que possible la totalité de l'organe, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux ; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions.... et, suivant les cas particuliers, se contenter de l'ablation de l'utérus, lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après l'extraction de l'organe ; enfin ne pratiquer l'ablation des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. »

Outre les longueurs et les incertitudes de l'opération, la nécessité où se trouve Segond, d'après la méthode de Péan (méthode si parfaite, nous disait-il à Bruxelles, qu'il est impossible d'en améliorer le moindre détail), d'avoir toute une série de pinces à anneaux dorés sur une face ou sur l'autre, afin de pouvoir les reconnaître, quand il s'agit de les enlever, témoigne à elle seule de l'infériorité de ce procédé. Nous pensons donc que, sans avoir besoin de faire remarquer à nouveau pour ce qui concerne Péan que nous n'avons pu imiter en 1887 un procédé qui n'a été réglé dans ses grandes lignes qu'en 1890, les particularités les plus saillantes de notre procédé d'hystérectomie vaginale, telles que :

1° L'absence de toute hémostase préventive ;

2° L'extraction de l'utérus à l'aide de la section longitudinale simple ou en V de sa paroi antérieure;

3° Notre méthode spéciale de forcipressure en masse des ligaments larges ; lui assureront cette originalité sans conteste, que M. Segond lui-même a bien voulu concéder à notre procédé d'hystérectomie totale par la laparotomie.

III. Durée de l'opération.

Nous répondrons enfin à la dernière des objections de notre excellent collègue, M. Segond, *qui pense que l'on doit assigner plus de 20 minutes en moyenne aux opérations de morcellement.*

Nous avons noté dans ce but, depuis le Congrès de Bruxelles, jusqu'à fin novembre 1892, la durée de 12 hystérectomies vaginales, toutes avec ablation complète des annexes.

Plusieurs cas étaient simples ; d'autres fois il existait de nombreuses adhérences et des poches tubaires purulentes, atteignant chez une malade le volume du poing, ou des tumeurs volumineuses. Une seule de ces opérations a duré 40 minutes. Il s'agissait d'un utérus de 19 centimètres de hauteur sur 13 de largeur. La cavité utérine était petite ; tous les fibromes étaient interstitiels et saillants sous le péritoine. Plusieurs de ces derniers surmontaient la masse totale sous forme de cornes latérales et n'ont franchi qu'avec peine la limite supérieure du petit bassin. Grâce à une série de sections en V, faites non pas au centre de la tumeur, mais sur sa face antérieure, puis sur un volumineux fibrome postérieur, nous avons enlevé toute la masse, de telle sorte que le

dernier fragment, composé du fond de l'utérus et de ses parties latérales, y compris le col, pesait à lui seul 670 grammes. Deux autres opérations, très compliquées et qui exigèrent des manœuvres prudentes, ont duré 20 minutes, deux autres moins de 15, et les sept dernières 8, 7, 6 et même 5 minutes. Toutes ces femmes ont guéri et se sont levées du 10e au 12e jour. Nous citerons notamment parmi les opérations de 8 minutes une ablation totale de l'utérus et des annexes, dans un cas de fibromes multiples interstitiels, ne faisant aucune saillie dans la cavité utérine, normale et déjetée latéralement :

Le col mesurait 5 centimètres de longueur ; la tumeur, 10 centimètres dans tous les sens, avec quelques bosselures : grâce à l'abaissement du V médian, et à la prolongation de ses 2 branches vers le fond de la tumeur, l'utérus fut extrait d'une seule pièce, simplement entr'ouvert et comme en inversion. 8 minutes après le premier coup de ciseaux sur la muqueuse vaginale, l'opération était terminée et la malade aussitôt après posée sur le lit roulant et reconduite dans sa chambre. Nous avons opéré tellement de fois dans ces conditions, devant nombre de confrères, et tout particulièrement devant notre cher maître, M. L. Labbé, que nous croyons devoir signaler ces détails en faveur de notre procédé (Voir p. 122).

Et, quand nous voyons des opérations de Péan lui-même durer, pour des cas simples, 15 minutes au minimum, et le plus souvent 20 et 25 minutes. pour atteindre dans les cas compliqués 1 heure, 2 heures et même 4 heures, tout en nécessitant l'emploi de 10, de 25, de 35 (28 octobre 1886) et jusqu'à 50 pinces à demeure (6 mars 1888), nous croyons qu'il n'est plus permis d'hésiter.

IV. Quelques réflexions à propos du Tome VIII des Cliniques de Péan, publié en décembre 1892.

La publication du Tome VIII des *Cliniques* de Péan (Décembre 1892) nous a permis de contrôler certains de nos documents au sujet de la castration utérine et du procédé que ce chirurgien préconise.

Bien que Péan ait donné comme titre à ce volumineux livre de 1450 pages : « *Leçons de Clinique chirurgicale* professées pendant les années *1887 et 1888* » nous ferons remarquer tout d'abord que plusieurs de ces leçons, notamment la 3e, la 7e et la 14e ne sont autres que des communications de Péan, faites non pas en *1887* ou en *1888*, *mais* bien en *1890*, à l'*Académie de Médecine* et au *Congrès de Berlin*. Les leçons XI, XII, et XIII : « *Quelques revendications à propos du morcellement des fibromes utérins par la voie vaginale* » sont postérieures au *15 mai 1889* (Voir *Bull. médic.*, 19 mai 1889, p. 631) et probablement de date plus récente encore.

La 17e leçon a été publiée le *27 Juin 1891* dans la *Gazette des Hôpitaux*.

A. Parallèle de la Castration tubo-ovarienne (Battey, Hégar, Lawson-Tait); de la Castration utérine (Péan) et de la Castration totale (Doyen).

Nous avons parcouru avec soin les diverses leçons de Péan, de même que toutes les observations de castration tubo-ovarienne et d'hystérectomie vaginale qui sont relatées à la fin de son volume. Ces documents nous permettent aujourd'hui de trancher définitivement les divers points en litige que nous avons discutés plus haut.

Nous avons vu que M. Péan, *de 1882 à 1886* (Voir plus haut, p. 22, 23, 24) n'avait encore fait que 10 ablations d'annexes par la laparotomie, alors que les chirurgiens étrangers en avaient déjà pratiqué des centaines. Sa première castration utérine date du *16 février 1886*. Il répéta cette opération en *novembre 1886;* puis un an après, en *novembre 1887*. La 1re et la 3e de ces malades avaient déjà subi l'ablation bilatérale des annexes. Chez la 2e il enleva l'*utérus seul*, « les annexes étant saines ». — M. Péan confirme lui-même (T. VIII, p. 33 et suiv.) ce qui nous semblait déjà ressortir de ses publications antérieures et du mémoire de Sécheyron, c'est-à-dire qu'il ne recourut à la castration utérine que *par nécessité*, et dans le but de remédier aux *mauvais résultats de la castration tubo-ovarienne.* On comprendra sans peine qu'il y a loin de cette « *opération de nécessité* » à la « *castration totale* », telle que nous l'avons pratiquée d'*emblée et de propos délibéré dès 1887*.

M. Péan est très explicite :

Il cite en effet (T. VIII, p. 34) ses deux insuccès thérapeutiques de mars 1882 et avril 1885 (ablation des annexes avec persistance des phénomènes douloureux), comme l'ayant conduit à pratiquer, *presque à son corps défendant, la castration utérine.*

.... « *Les accidents reparurent : névralgies intolérables, crises de grande hystérie, manie de suicide, etc....*

« L'utérus demeurait enflammé : témoin de ces souffrances, *nous dûmes* « *céder à la volonté formelle de la malade et du médecin traitant* et nous « pratiquâmes l'hystérectomie vaginale. »

L'hystérectomie vaginale pour douleurs pelviennes et réflexes nerveux d'origine utérine n'était encore pour Péan qu'une *opération d'exception*, car, en 1886 puis en 1888, l'éminent chirurgien préféra à plusieurs reprises à l'hystérectomie l'ablation simple des annexes par le vagin après incision du cul-de-sac postérieur (4 cas) (1). En 1889, Péan abandonna de nouveau, à maintes reprises, la voie vaginale et l'hystérectomie, pour revenir, dans *plusieurs cas même de lésions suppurées des annexes, à la laparotomie* (ablation des trompes et des ovaires) (15 opérations).

Et ce n'est qu'après un nouvel insuccès thérapeutique de la laparotomie que

(1) Il nous a paru intéressant de constater que dans ces 4 opérations, Péan, loin de laisser des pinces à demeure, lia les pédicules et les réduisit dans la plaie.

Péan paraît avoir définitivement reconnu (janvier 1890) les avantages de l'hystérectomie vaginale.

Cette opération remonte au 23 juin 1889. « 6 mois après », nous dit Péan « *les douleurs reparurent avec la même intensité qu'autrefois et la* « *malade, effrayée de ce mauvais résultat, refusa l'hystérectomie vaginale* « *totale, qui seule pouvait la délivrer de ses souffrances.* »

C'est donc seulement en 1890 (juillet et août) que Péan a déterminé à la fois les indications de la castration utérine et son manuel opératoire. (Acad. de médecine et Congrès de Berlin.)

L'opération de Péan (*castration utérine*) n'est toutefois qu'une intervention *partielle et incomplète*. Et nous avons vu qu'en 1892 (*Congrès de Bruxelles*, 15 sept.) Péan et Segond ont déclaré à plusieurs reprises qu'ils ne font qu'accessoirement l'ablation des annexes et n'attachent une importance capitale qu'à l'ablation de l'utérus. Bien mieux, leurs opérations de morcellement par évidement conoïde central ne sont souvent que de véritables *décortications sous-péritonéales de l'utérus, des hystérectomies incomplètes, avec simple ouverture des poches péri-utérines, et abandon de tout ou partie des annexes dans la cavité pelvienne.* Celles-ci ne sont enlevées que si elles s'abaissent facilement et se présentent à la vulve. En est-il autrement. L'opérateur « *voyant que les trompes et les ovaires sont atrophiés, enflammés ou adhérents, les laisse en place.* »

Pourquoi cet abandon dans le bassin des annexes enflammées? N'y faut-il pas voir une conséquence presque forcée d'un *manuel opératoire défectueux?* C'est ce que nous déterminons plus loin.

Il nous suffira de conclure ici, que, de même que Battey, Hégar et Lawson-Tait ont méconnu, dans les cas d'inflammations pelviennes, le rôle si important de l'utérus, Péan est tombé dans un excès analogue en méconnaissant le rôle des annexes pour tout attribuer à l'utérus et se contenter de sa seule extirpation. *La castration tubo-ovarienne* de Battey, Hegar et Lawson-Tait et la *castration utérine* de Péan sont des opérations incomplètes. Elles doivent donc être rejetées au même titre.

La seule opération vraiment logique dans les cas d'inflammations pelviennes étendues, comme dans les cas de réflexes nerveux graves d'origine utérine, est la *castration totale*, telle que nous l'avons proposée et exécutée pour la première fois il y a 7 ans, par la voie vaginale.

Ajoutons que l'*ablation totale* de l'utérus et des annexes, ou *castration totale*, peut toujours être faite, quelle que soit la gravité et l'étendue de la suppuration et des adhérences, car, si la voie vaginale semble impraticable dans certains cas compliqués, il est tout aussi inoffensif de pratiquer la castration totale par la laparotomie, d'après le nouveau procédé d'hystérectomie totale que nous avons décrit (p. 62 et suiv.) et appliqué avec succès à un cas de suppuration pelvienne (p. 7, *Fig.* 23).

B. Technique de la Castraction utérine d'après Péan.

1° Morcellement simple des fibromes utérins; 2° Ablation totale de l'utérus.
Modifications successives du manuel opératoire de Péan (1882 à 1890).
Inutilité et inconvénients de l'hémostase préventive de l'espace péritonéo-vaginal (Péan) et des ligaments larges.

Quelle est la valeur du procédé de Péan pour l'hystérectomie vaginale? Le Tome VIII de ses *Cliniques* nous donne à cet égard de nombreux documents :

Péan revendique en effet, dans une série de trois leçons, la découverte du morcellement des fibromes utérins et s'exprime ainsi (p. 147 et 148) :

« En résumé, je crois avoir été le premier qui ait vu le parti qu'on peut « tirer du morcellement pour l'extirpation des tumeurs volumineuses.

« Je crois avoir été le premier à l'appliquer à l'ablation des fibromes uté- « rins par voie abdominale et par voie vaginale.

« Je crois avoir été le premier à exposer nettement la méthode, à montrer « les avantages qu'elle présente, et à la recommander ».

Péan est sans contredit le premier qui ait établi sur des règles précises l'énucléation par le vagin des fibromes interstitiels de l'utérus. Il nous le dit lui-même :

« Personne n'avait encore songé à attaquer par la voie vaginale les fibromes « interstitiels et sans saillie intra-utérine appréciable, ni les fibromes sous-sé- « reux; et à peu près toutes les tentatives faites jusqu'à ce jour se rapportaient « aux gros fibromes sessiles : la plupart d'entre elles ont été malheureuses..... »

Nous avons vu que Péan a pratiqué sa première opération de morcellement pour fibrome le 14 juin 1884, c'est-à-dire deux ans après sa première hystérectomie vaginale ; il employait alors le forceps-scie (1884-1886).

Celles des observations de Péan qui ont trait à d'énormes fibromes interstitiels sont très remarquables, et nous avons admiré, en les parcourant, avec quelle audace le maître poursuivait jusqu'au travers du cul-de-sac postérieur des fibromes sous-péritonéaux, pour refermer ensuite la plaie utérine à l'aide de fils métalliques.

Péan traitait tous ces cas par le tamponnement méthodique, dont les résultats sont merveilleux, toutes les fois qu'il s'agit d'éviter dans une plaie anfractueuse et irrégulière les accidents si graves de la septicémie.

Son manuel opératoire est le suivant :

« Dissection du col; ouverture, s'il y a lieu, des culs-de-sac péritonéaux; « section bilatérale et excision du col; introduction dans la cavité du col de « petits rétracteurs; évidement central de la tumeur par morcellement pro- « gressif; suture de la plaie utérine avec des fils métalliquees et le chasse-fil ».

Nous avons vu que cette méthode n'avait qu'une lointaine analogie avec notre procédé de morcellement, puisque nous décollons de la vessie le col de l'utérus pour inciser sa paroi antérieure, et que nous attaquons le fibrome, dès que nous l'avons mis à nu, par sa surface et non pas par son centre.

Nous faisons aussi moins de fragments que Péan, et, la décortication de la tumeur se montrant en général des plus aisées, dès qu'on a accès dans la zone celluleuse qui entoure le fibrome, nous avons l'avantage incontestable *d'opérer beaucoup plus vite* et de faire moins de dégâts sur l'utérus lui-même, ce qui est à considérer quand on tient à n'en pas faire l'ablation totale. M. Péan reconnaîtra donc lui-même que son procédé de morcellement et le nôtre sont absolument distincts, et que, si, l'un comme l'autre, nous morcelons, en suivant en cela la simple logique, un utérus trop volumineux pour passer en une pièce par les culs-de-sacs vaginaux, il peut exister plusieurs méthodes de pratiquer le « morcellement ».

Si nous passons à l'ablation totale de l'utérus par le vagin, la lecture des 141 observations (1) contenues dans le Tome VIII et des diverses leçons cliniques qui sont publiées en tête du livre, confirme pleinement l'appréciation que nous avons donnée du procédé de Péan.

Et de même que Péan a longtemps hésité avant de substituer définitivement à l'ablation des annexes enflammées la castration utérine, ce n'est qu'après bien des tergiversations qu'il a définitivement réglé son procédé d'hystérectomie par morcellement tel qu'il l'a décrit au Congrès de Berlin, en août 1890. En effet, quelques jours auparavant, dans sa communication à l'Académie (juillet 1890), il n'avait donné aucun détail de ce même procédé de morcellement et avait décrit tout différemment sa technique habituelle de l'hystérectomie. Péan nous éclaire lui-même sur ce point, puisqu'il publie dans le Tome VIII ses deux communications à l'Académie (juillet 1890) et au Congrès de Berlin (août 1890).

Dans la première de ces notes, Péan décrit ainsi son procédé d'hystérectomie vaginale :

« Désinsertion du col; pincement progressif et section totale de bas en « haut et tout près du tissu utérin d'un des ligaments larges. Lorsqu'un des li- « gaments larges a été sectionné, rien n'est plus facile, s'il n'existe pas d'adhé- « rences, que de faire basculer dans le vagin le fond de l'utérus, de pincer de « haut en bas l'autre ligament large, et de libérer la matrice.

« Mais les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple :

« La section progressive de bas en haut de l'un des ligaments larges, « d'ailleurs si avantageuse, ne permet pas toujours d'enlever l'utérus d'une « seule pièce. Le chirurgien est souvent obligé de recourir au morcellement « de cet organe pour arriver à la partie supérieure de l'utérus qu'il peut dès « lors facilement dégager des parties voisines, soit par simple décollement, « soit par section, après pincement primitif. C'est le seul moyen d'enlever « cet organe complètement, sans crainte de léser les parties voisines, lorsqu'il « existe des adhérences entre lui et les viscères pelviens.

« Telle est la meilleure méthode d'hystérectomie vaginale totale dans les « cas de suppuration de l'utérus et de ses annexes. Lorsque l'utérus a été

(1) Péan a, en 1888 et 1889, comme en 1887, mêlé indistinctement dans ses tableaux les hystérectomies totales et les simples hystérotomies, dont le nombre est au moins de 20. (Nous ne tenons compte, pour arriver à ce chiffre, que des cas où il est écrit en toutes lettres que l'utérus n'a pas été enlevé.) — Cette confusion entre l'incision simple de l'utérus et son ablation totale est des plus regrettables.

« enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes, et d'exciser « les trompes et les ovaires si on le juge nécessaire.

« Ces opérations complémentaires se font rapidement et sans qu'on ait à « redouter une hémorrhagie, grâce au pincement préventif et définitif. »

Il y a loin de ce manuel opératoire à celui que le même chirurgien proposait à Berlin quelques semaines plus tard.

Ce nouveau procédé, celui que préconise Ségond, le voici d'aprés Péan lui-même :

« La malade, anesthésiée, est couchée sur le côté gauche, la vessie et le « rectum ayant été préalablement vidés et la vulve rasée. La cavité vaginale « étant rendue aseptique et toutes précautions antiseptiques ayant été prises, « deux aides, placés de chaque côté de la malade, maintiennent le vagin « largement ouvert au moyen de 4 valves coudées.

« L'opération elle-même comprend les temps suivants : 1° *l'abaissement et la « dissection du col; 2° l'hémostase des ligaments larges au moyen de pinces; « 3° l'ablation du col; 4° le morcellement et l'ablation du corps de l'utérus.*

« 1° l'abaissement du col est fait au moyen de pinces dentées. A l'aide « de ciseaux droits et du bistouri, on le sépare des tissus environnants, en « remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute « la périphérie de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions « vaginales; elle est suivie de l'ouverture du péritoine ;

« 2° L'hémostase des ligaments larges est faite à ce moment. On saisit avec « des pinces à longs mors, et en les plaçant aussi haut que possible, les deux « ligaments larges prés de l'utérus. Si les pinces ont des mors assez longs, et si « elles ont été bien fixées, on peut être certain qu'il ne s'écoulera pas de sang ;

« 8• Pour extraire le col aprés cette hémostase préventive, on le maintient « abaissé au moyen d'une pince à dents, tenue de la main gauche, pendant « que de la main droite est armée d'un bistouri droit, puis on incise les « parties latérales, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. On « résèque ensuite les deux moitiés du col au moyen de ciseaux courbes ou « du bistouri, sans perdre de sang. Si un vaisseau venait à saigner, par « exception, il suffirait d'appliquer une pince hémostatique.

« 4° On incise ensuite le corps comme on a incisé le col, c'est-à-dire sur les « parties latérales, et de dedans en dehors. On a divisé ainsi le corps utérin en « deux moitiés, antérieure et postérieure. On saisit les deux moitiés l'une après « l'autre, au moyen d'une forte pince à dents; on abaisse d'abord la moitié antérieure, dont on opère le morcellement, c'est-à-dire le fractionnement, en même « temps qu'on morcelle la tumeur, s'il en existe une ; on agit de même avec la « moitié postérieure, jusqu'à ce qu'on aperçoive le fond de l'utérus.

« Dans certains cas, on est forcé de commencer par la moitié postérieure.

« 5° Lorsqu'on aperçoit le fond, il faut compléter l'hémostase des ligaments larges, dont la partie supérieure est devenue accessible à la vue. « On saisit alors ces ligaments avec de nouvelles pinces droites ou courbes, « de telle sorte que l'hémostase préventive des ligaments larges est faite en « deux ou trois temps : 1° pour l'incision des parties latérales de l'utérus ; « 2° pour l'excision du fond.

« 6° L'opérateur, n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie, excise le fond de « l'utérus en continuant le morcellement. Cette opération se termine rapide- « ment, sans aucune difficulté, quels que soient la friabilité du tissu utérin, « la dureté des adhérences et le volume des productions morbides contenues « dans l'utérus.

« 7° Dans les cas où les ovaires et les trompes de Fallope sont suffisam- « ment altérés, on en fait l'ablation. On les attire en bas, on place une ou « plusieurs pinces à long mors au dessus et en dehors de ces organes, de « manière à saisir tous les vaisseaux qu'ils reçoivent, et on les résèque le « long du bord interne de la pince. »

Nous avons vu qu'ailleurs (v. plus haut, p. 101) Péan et à son exemple Segond ne conseillent l'ablation des annexes que lorsqu'elles se présentent d'elles-même à la vulve, c'est-à-dire dès quand elles sont presque saines et sans adhérences. Il y a la une contradition évidente.

L'*hémostase des ligaments larges* nous arrêtera quelques instants. Péan pratique la forcipressure *préventive* et *définitive* des ligaments larges. La lecture de ses observations nous donnera la valeur exacte de ses revendications à ce sujet.

Péan, dès ses premières opérations d'hystérectomie (1882), substitua à la ligature préventive et par étages (de bas en haut) des ligaments larges, que pratiquaient Billroth, Martin, etc., la forcipressure; mais jusqu'en 1886, à part 1 ou 2 cas où il laissa par nécessité des pinces à demeure dans le vagin, Péan terminait l'opération en liant les ligaments larges au-dessus de ses pinces, qu'il enlevait ensuite.

Les pinces ne lui servaient donc qu'à assurer l'hémostase temporaire au cours de l'ablation de l'utérus.

L'idée première de la forcipressure définitive appartient à Spencer Wells (1882, v. p. 86). Le premier en France, Richelot (nov. 1885) proposa de la substituer dans tous les cas à la ligature et mit son projet à exécution le 8 juillet 1886. Péan le suivit bientôt dans cette voie (21 juillet 1886).

Cette question de la priorité de la forcipressure des ligaments larges se résume donc ainsi :

La forcipressure temporaire des ligaments larges appartient sans conteste à Péan qui n'a fait, comme il le dit très bien, qu'appliquer à l'hystérectomie vaginale « sa méthode générale de pincement des vaisseaux ».

La forcipressure définitive des ligaments larges, qui est bien distincte de leur pincement préventif, puisque nous avons vu que dans notre procédé, pour ne citer que cet exemple, nous ne pratiquons aucune hémostase préventive, tandis que nous faisons la forcipressure définitive des ligaments utérins, a été conçue primitivement par Spencer Wells, et c'est à Richelot que revient l'honneur de l'avoir généralisée.

Péan ne peut donc revendiquer de la forcipressure des ligaments larges que *leur pincement préventif*, qui, nous l'avons vu plus haut, est *absolument inutile*.

La lecture des observations de Péan nous prouve même que sa méthode est parfois illusoire, puisque, dans plusieurs cas, nous relevons les détails suivants :

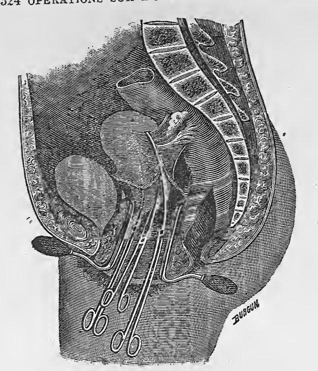


Fig. 44. — Section du ligament large après le pincement. (D'après Péan : *Traité du morcellement* et Secheyron, *Fig. 21*, p. 534.)



Fig. 45. — Extirpation de l'utérus après section des ligaments larges. (D'après Péan : *Traité du morcellement*, et Secheyron, *Fig. 22*, p. 536.)
Dans ces 2 figures, les ligaments larges sont pincés, d'un seul coup, de « bas en haut ».

« Malgré le soin mis à faire l'opération, qui dura une heure, la malade a perdu 100 grammes de sang. » Ailleurs, c'est 150 gr., 200 gr. de sang, perdu au cours de l'opération.

L'hémostase définitive, telle que la pratique Péan, n'est guère plus sûre, puisque nous relevons ailleurs une hémorrhagie secondaire de 200 gr.

Pour ce qui est de la manière d'appliquer les pinces à demeure, Péan a employé successivement diverses méthodes et notamment le pincement de bas en haut de la totalité des ligaments larges, bien qu'il l'ait déconseillé dans sa communication à l'Académie de Médecine (8 juillet 1890). Les figures ci-jointes en sont le témoignage indiscutable et prouvent que parfois (*Fig. 44* et 45) Péan a exécuté cette forcipressure d'un seul coup, et de bas en haut, des ligaments larges, « *pratique défectueuse* » selon lui, et qu'il attribue à d'autres chirurgiens, oubliant ainsi ses insuccès antérieurs (1).

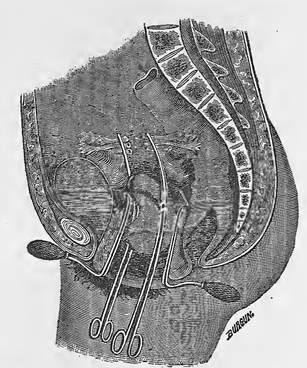


Fig. 46. — Bascule de l'utérus et pincement du bord supérieur d'un ligament large. (D'après Péan : *Traité du morcellement* et *Leçons de Clinique chirurgicale*, Tome VII. Voir Secheyron, *Fig. 20*, page 533.)

(1) « Il ne faut jamais songer, comme l'ont fait à tort quelques chirurgiens dans le cancer de « l'utérus, à pincer d'un seul coup chaque ligament de bas en haut, dans toute sa hauteur. En « agissant ainsi, on s'expose à serrer entre les mors d'une pince un des uretères ou une anse « d'intestin. » (Voir T. VIII, p. 71.)

Nous avons vu que cette crainte est chimérique, les pinces à mors rigides telles que les emploie Péan étant tellement défectueuses pour l'hémostase en un seul coup d'un ligament large de quelque peu d'étendue que leurs extrémités s'écarte à mesure qu'on engrène davantage la crémaillère et que l'on rapproche les anneaux. Il en était de même avec le premier modèle de Richelot. Le danger de cette pratique est donc, non pas de pincer l'intestin, mais bien de lâcher toute la partie supérieure des ligaments larges et tout particulièrement l'artère utérine qui saigne alors à loisir dans la cavité péritonéale.

Dans d'autres cas (Commun. *Acad. méd.*, 8 juillet 1890) Péan faisait de bas en haut la forcipressure et la section d'un premier ligament large, puis l'extraction de l'utérus, et pratiquait de haut en bas le pincement et la section du second ligament.

Enfin, sur la *Fig.* 46, le bord supérieur des deux ligaments larges se trouve pincé de haut en bas, au cours de la bascule de l'utérus dans le vagin.

Cette manière de faire est celle à laquelle Péan paraît être revenu depuis le Congrès de Berlin (août 1890).

Notre procédé d'hystérectomie, sans l'hémostase préalable et où nous pinçons les ligaments larges d'un seul coup, de haut en bas, au-dessus des annexes, est à la fois plus simple et plus rapide. Il présente en outre pour les malades ce double avantage qu'il n'est pas nécessaire de les affliger comme le font Péan et Segond d'une sonde à demeure, cause si fréquente d'une cystite rebelle, et que jamais nous ne leur plaçons dans le vagin le nombre colossal de pinces que signale Péan.

Ce n'est plus en effet quatre ou cinq fois seulement que nous avons relevé le nombre de 10 pinces, de 25 pinces, de 35 pinces, de 50 pinces.

Parmi les hystérectomies des années 1888 et 1889, sur 87 cas où le nombre des pinces est noté, nous relevons les chiffres suivants :

8 pinces	(2 opérations)	21 pinces	(10 opérations)
10 —	(11 —)	22 —	(1 —)
11 —	(2 —)	25 —	(19 —)
12 —	(5 —)	26 —	(2 —)
14 —	(1 —)	28 —	(2 —)
15 —	(14 —)	29 —	(2 —)
16 —	(4 —)	30 —	(6 —)
17 —	(1 —)	34 —	(1 —)
18 —	(5 —)	35 —	(3 —)
19 —	(10 —)	38 —	(2 —)
20 —	(6 —)	50 —	(2 —)

Le nombre minimum de pinces, pour les cas les plus simples, a été de 8 (2 opérations) et de 10 (11 cas).

Une seule de ces opérations a duré 10 minutes ; quelques autres : 14, 15 minutes ; la plupart : 20, 40, 50 minutes, 1 heure, 2 heures et jusqu'à 4 heures.

14 fois Péan a laissé 15 pinces en demeure ; 6 fois, 20 pinces ; 13 fois, 25 pinces ; 14 fois, 30 pinces et plus. Deux fois leur nombre a atteint ou même dépassé 50 (Secheyron).

La moyenne a donc été de 20 pinces environ par opération (87 opérations, avec 1771 pinces).

Nous ne devons pas oublier que dans bien des cas (plus de 60) où Péan a laissé jusqu'à 25 et 30 pinces, l'utérus était de volume à peu près normal : *fibromes du volume d'une châtaigne, cancer du col.*

Nous figurons ci-contre, pour que le lecteur apprécie plus exactement ces

chiffres, la masse que forme à la vulve un faisceau de 25 pinces telles que les emploient Péan et Segond (Voir *Fig.* 47). (Le cliché, qui n'aurait pu tenir dans la page, a dû être réduit de 1/3 en diamètre). Or nous avons vu que ce chiffre était souvent dépassé et nous rappellerons que Péan, le 6 mars 1888, a employé dans sa première opération d'hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes plus de *cinquante* pinces à demeure (Sécheyron, p. 785), tandis que trois mois auparavant (3 déc. 1887), nous avions exécuté avec succès la même opération sans faire d'hémostase préventive et en appliquant sur chacun des ligaments larges *une seule* de nos pinces.

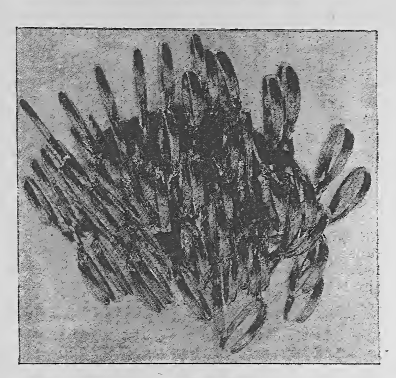


Fig. 47. — Photographie des anneaux de 25 pinces vaginales, telles que Péan les laisse à la vulve. (Réduction au 2/3.)

Nous ajouterons que Péan, comme il le dit lui-même, place ses pinces tout près du tissu utérin.

Notre procédé de forcipressure nous permet au contraire de placer les pinces, sans danger de saisir les uretères ni l'intestin, à plusieurs centimètres des bords de l'utérus, et d'enserrer au-dessous d'eux, non seulement les annexes, mais la plus grande étendue du ligament large. Ce détail n'est pas sans importance quand l'utérus est atteint de cancer.

S'agit-il de lésions inflammatoires ? Le champ opératoire se trouvant libre, dès que l'utérus est hors de la vulve, il nous est possible de pratiquer à l'intérieur même du bassin, non *pas la simple incision*, comme le préconisent Péan et Segond, mais la *décortication et l'ablation totale des poches tubo-*

ovariennes volumineuses, souvent plus grosses que le poing, et, cela, avec autant de facilité que par la voie sus-pubienne.

Le procédé de Péan et Segond nous semble donc jugé, et la crainte illusoire de l'hémorrhagie, qui parait être la préoccupation constante de Péan, au cours de ses « Leçons sur le morcellement des tumeurs et sur leur évidement central » (*Cliniq.* t. VII), ne pouvait que compliquer les opérations les plus simples et en prolonger inutilement la durée.

V. Appréciation par *La France médicale* de nos procédés d'Hysterectomies abdominale et vaginale.

Vous avons eu l'honneur de recevoir, depuis le *Congrès de Bruxelles* (sept. 1892), la visite de plusieurs chirurgiens, désireux de juger par eux-mêmes de la valeur des procédés opératoires qui avaient fait l'objet d'une de nos communications.

Le 10 janvier dernier, nous avions comme hôtes les Dr Delétrez, chirurgien à Bruxelles, Chéron, Verchère, Nitot et Baudron, chirurgiens et gynécologistes à Paris.

Nous avons pratiqué devant ces messieurs et quelques autres confrères de la région, M. le Dr Millet, chirurgien en chef de l'Hôpital militaire de Reims, MM. les Dr Mollin (de Port-à-Binson), Gobillard (de Bouy), etc.., 5 opérations, dont 4 hystérectomies, qui seules doivent nous arrêter ici.

La durée des opérations a été notée par les assistants.

1°) La 1re Hystérectomie (Fibrome énorme remontant à l'appendice xiphoïde) a été faite par la laparotomie, avec forcipressure vaginale des ligaments larges, et sans hémostase préventive.

« L'opération, nous dit M. Verchère (*France médicale*, 13 janv. 1893, « p. 29) fut commencée à 9 h. 5'. A 9 h. 28', moins de 25' après, la malade « était pansée et prête à reporter dans son lit. »

2°) La 2e opération d'Hystérectomie fut, comme les suivantes, une castration totale par le vagin. Il s'agissait d'un utérus volumineux, atteint de dégénérescence maligne de la muqueuse du corps. « Il fut extrait en 4 minutes, montre en main (*France méd.*, p. 29)».

3°) La 3e malade portait une tumeur rétro et latéro-utérine gauche, du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur étant immobile, de consistance pâteuse, et très douloureuse, nous portons le diagnostic de kyste dermoïde enflammé du ligament large.

La malade etait mère de 8 enfants. Nous avions décidé de ménager l'utérus, si faire se pouvait, et de démontrer au cours de l'intervention les avantages de notre procédé pour l'exploration méthodique de la cavité pelvienne.

L'opération fut ainsi pratiquée :

1° Abaissement du col, et section circulaire de la muqueuse vaginale.

2° Incision du cul-de-sac postérieur. La tumeur, reconnue avec le doigt, est ouverte d'un coup de ciseaux. Il en sort une matière pâteuse, jaunâtre, et

des poils. La poche est rapidement extraite : 3 minutes ne s'étaient pas encore écoulées depuis le début de l'opération).

3° Nous explorons, à l'aide de nos grands écarteurs, et nous faisons voir à tous les assistants la vaste poche celluleuse intra-ligamentaire. Notre diagnostic est donc doublement confirmé.

4° Nous explorons avec l'index droit le fond de l'utérus et les annexes de l'autre côté. L'ovaire droit étant le siège d'un kyste du volume d'une orange, nous décidons d'en faire le sacrifice, et par suite d'enlever avec lui l'utérus, désormais inutile.

5° La vessie est détachée du col et l'opération terminée suivant notre méthode habituelle.

Le lecteur jugera par ces détails, que loin de nous hâter, nous avons pris soin de faire suivre aux les assistants, au nombre de 6 ou 7, tous les temps de l'intervention.

« Durée de l'opération 9 minutes. » (*France Méd.* p. 29.)

4° La 4e malade, amaigrie et cachectique, souffrait depuis plusieurs années de poussées intermittentes de salpingo-ovarite.

L'utérus était très douloureux.

La castration totale, pratiquée selon notre méthode habituelle, et avec démonstration de ses différents temps, dura, nous dit M. Verchère (*Fr. Méd.*, p. 30), « à peine 6 minutes. »

Nous sommes donc largement demeurés dans les limites que nous nous sommes assignées dans la 1e édition de ce mémoire (Voir *Arch. Prov. de Chir.*, 1892, n° 6, p. 181).

Le point capital était pour nous de savoir des chirurgiens si compétents qui avaient bien voulu nous honorer de leur présence si notre procédé d'hystérectomie vaginale n'était autre qu'un plagiat du procédé de Péan. Ces messieurs, et M. Baudron lui-même, dont nous tenions tout particulièrement à connaître l'appréciation, puisqu'il est l'interne et l'aide habituel de M. Segond, nous affirmèrent qu'il n'y avait pas la moindre analogie entre notre procédé d'hystérectomie vaginale et le procédé de Péan.

M. Baudron ajouta que, tout en regrettant de n'avoir pas assisté le même jour au morcellement vaginal d'un gros fibrome par notre procédé, il était dès à présent convaincu que notre méthode de morcellement était également bien plus rapide que la méthode de Péan.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER

Lésions inflammatoires péri-utérines.

Pages.

I. Historique.

1° Histoire des Inflammations péri-utérines jusqu'aux premières tentatives de guérison radicale par la laparotomie........ 8

a) Premiers travaux.... 8

b) Pathogénie des inflammations péri-utérines. 11

1° Phlegmon du ligament large................. 15

2° Ovarites et salpingites; pelvipéritonite........ 17

2° La laparotomie et l'hystérectomie appliquées au traitement des inflammations péri-utérines.............................. 21

II. Statistique personnelle.

1° Étiologie.. 28

2° Étude bactériologique des suppurations pelviennes........... 29

3° Anatomie pathologique........ 31

a) Inflammation du tissu cellulaire pelvien (intégrité des annexes). Masses indurées péri-utérines........... 31

b) Inflammation des annexes et pelvipéritonite. Kystes purulents tubo-pelviens. Symphyse pubienne. Salpingites intra-ligamentaires........................ 33

4° Diagnostic... 36

5° Indications opératoires.................................. 38

a) Évacuation simple des poches péri-utérines........ . 40

b) Extirpation des masses inflammatoires............. 41

Opérations personnelles :

a) Voie inguino-sous-péritonéale........................ 42

b) Laparotomies... 42

c) Hystérectomies vaginales............................ 48

III. Conclusions.

1° Incision simple des foyers inflammatoires.................. 49

2° Laparotomie............. 50

3° Hystérectomie vaginale.................................... 51

CHAPITRE II

Affections néoplasiques des annexes et de l'utérus.

Pages.

I. NÉOPLASMES DES OVAIRES.
- I. Historique 52
- II. Statistique personnelle.
  - 1° Ovariotomies 53
  - 2° Tumeurs malignes 57
  - 3° Grossesse extra-utérine 58

II. AFFECTIONS NÉOPLASIQUES DE L'UTÉRUS.
- I. Historique 58
  - a) Hystérectomie abdominale 59
  - b) Hystérectomie vaginale 64
  - c) Hystérotomie 66
- II. Opérations personnelles.
  - 1° Hystérectomies abdominales (Description du procédé du Dr E. DOYEN) 68
- Schéma de quelques tumeurs utérines 75
  - 2° Hystérectomies vaginales (Description du procédé du Dr E. DOYEN) 81
    - a) Cancer 81
    - b) Fibromes 82
  - 3° Hystérotomies 95

CHAPITRE III

Résumé général.

I. NOMBRE D'OPÉRATIONS ANNUELLES 96

II. RÉSULTATS OPÉRATOIRES.
- A. Ovariotomies 97
- B. Ablations d'annexes par la laparotomie 98
- C. Hystérectomies abdominales 99
- D. Hystérectomies vaginales 101
- E. Hystérotomies 102

CHAPITRE IV

Note sur la question de priorité dans la castration utérine pour lésions suppuratives des annexes et sur l'originalité de notre procédé d'hystérectomie vaginale.

- I. Historique 102
- II. Originalité de notre procédé d'Hystérectomie vaginale 106
- III. Durée de l'opération 110
- IV. Quelques réflexions à propos du tome VIII des *Cliniques* de Péan, publié en décembre 1892 111
  - a) Parallèle de la castration tubo-ovarienne (BATTEY, HÉGAR, LAWSON-TAIT), de la castration utérine (PÉAN), et de la castration totale (DOYEN) 112
  - b). Technique de la castration utérine d'après PÉAN 113
- V. Appréciation par *la France médicale* de nos procédés d'Hystérectomie abdominale et vaginale 122

TABLE DES FIGURES

Pages.

Fig. 1. — Lympathiques du col utérin (d'après Poirier)................ 14
— *2.* — Lympathiques de l'utérus et des annexes (d'après Poirier)..... 16
— *3.* — Coupe d'une trompe de Fallope saine........................ 19
— *4.* — Segment intra-utérin d'une trompe enflammée (salpingite purulente).. 20
— *5.* — Coupe de la même trompe à 15 mill. de la corne utérine...... 20
— *6.* — Coupe de la même trompe à l'origine du kyste purulent........ 20
— *7.* — Mode de ligature des pédicules ovariques et des adhérences vasculaires.. 56
— *8.* — Masse intestinale atteinte de péritonite fibreuse rétractile (d'après une photographie)........ 57
— *9.* — Pièces provenant d'un cas d'hystérectomie abdominale par le procédé de Guermonprez (d'après une photographie)........ 62

Hystérectomie abdominale (Procédé du Dr E. Doyen) :

Fig. 10. — Premier et deuxième temps de l'opération. — Incision de la paroi abdominale et sortie de la tumeur. Section du péritoine en raquette et ouverture du cul-de-sac postérieur (face postéro-supérieure)... 70
— *11.* — (*Id.*) Face latérale droite....................................... 70
— *12.* — Schéma de la vascularisation de la tumeur. Arcades vasculaires vagino-utéro-ovariennes. Les ligatures sont figurées en amont des annexes..... 71
— *13.* — Section horizontale de la tumeur passant par les ligatures... 71
— *14.* — Troisième temps. — La décortication sous-péritonéale de la tumeur vient d'être terminée. Application des ligatures sur les pédicules vasculaires latéraux............................ 73
— *15.* — Quatrième temps. — Les pédicules latéraux et la collerette péritonéale sont attirés à la vulve............. 73
— *16.* — Cinquième temps. — Application des pinces à demeure...... 74
— *17.* — Sixième temps. — Fermeture du péritoine pelvien........... 74

Schéma de quelques tumeurs utérines :

Fig. 18. — Fibrome utérin, cavitaire et sous-muqueux................ . 75
— *19.* — Fibrome sous-péritonéal sessile développé au-dessus des annexes... . 76
— *20.* — Fibrome sous-péritonéal pédiculé du fond de l'utérus......... 76
— *21.* — Fibromes multiples. Deux d'entre eux font saillie dans la cavité utérine... 77

Pages.

Fig. 22. — Fibrome intra-ligamentaire développé dans la paroi latérale droite et postérieure de l'utérus, qui est élongé et étalé sur la tumeur.... 77

— *23.* — Fibrome sous-péritonéal rugueux et adhérent avec kyste purulent.... 78

— *24.* — Fibrome de la paroi latérale gauche de l'utérus.... 78

— *25.* — Kystes purulents du ligament large droit et de l'utérus.... 79

— *26.* — Double fibrome utérin : l'un cavitaire et aréolaire, l'autre rétro-utérin et sous-péritonéal.... 79

— *27.* — Double fibrome utérin : le fibrome postérieur s'est développé au-dessous du péritoine vers la cloison recto-vaginale.... 80

Hystérectomie vaginale (Procédé du Dr E. Doyen) :

Fig. 28. — Premier temps de l'opération. — Abaissement du col. Section circulaire des culs-de-sac vaginaux.... 84

— *29.* — Deuxième temps. — Ouverture du cul-de-sac postérieur. — Exploration de la cavité pelvienne et isolement de la vessie. 85

— *30.* — Troisième temps. — Abaissement du col. Section longitudinale de sa paroi antérieure.... 85

— *31.* — (Suite.) Prolongement de la section longitudinale, et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.... 86

— *32.* — Quatrième temps. — Bascule de l'utérus en avant.... 86

— *33.* — Schéma de la section longitudinale d'un utérus de volume moyen et des prises successives des pinces à griffes.... 87

— *34.* — Schéma du morcellement en V (morcellement losangique) d'un utérus fibromateux.... 87

— *35.* — Cinquième temps. — Application des pinces à demeure, et section des ligaments larges.... 88

Instruments du Dr E. Doyen pour l'hystérectomie vaginale :

Fig. 36. — Écarteurs vaginaux. Modèles de 0,015mm de largeur.... 89

— *37.* — — — — 0,060mm de largeur.... 90

— *38.* — Pinces à mors rigides de Péan et Richelot (d'après une photographie).... 91

— *39.* — Pinces à mors élastiques du Dr E. Doyen (mars 1887) (d'après une photographie).... 92

— *40-41.* — Détails de la pince à mors élastiques.... 93

— *42-43.* — Pinces à mors élastiques et utérus enlevés par le vagin, d'après des cuivres faits en 1887.... 107

Hystérectomie vaginale (premiers procédés de Péan) :

Fig. 44. — Forcipressure des ligaments larges d'un seul coup et de bas en haut (d'après Péan).... 118

— *45.* — Extirpation de l'utérus après section des ligaments larges (d'après Péan).... 118

— *46.* — Bascule de l'utérus et pincement du bord supérieur d'un ligament large (d'après Péan).... 119

— *47.* — Photographie des anneaux de 25 pinces vaginales, telles que Péan les laisse à la vulve (réduction au 2/3).... 121

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Mars 1893.